

A.-R. Laireiter

Selbsterfahrung/Eigenthherapie in der Psychotherapie – Konzept, Methodik und erste Befunde eines empirischen Projekts

Zusammenfassung Die Arbeit gibt einen Überblick über die Hintergründe, Fragestellungen sowie Methodik und Design eines Projekts und einer empirischen Studie, die zur Erfassung positiver wie negativer Effekte und Erfahrungen von Eigenthapien und Selbsterfahrungen von Psychotherapeuten durchgeführt worden sind. Die Studie wurde mit explorativer Zielsetzung realisiert, in der insgesamt 600 zufällig aus der österreichischen Psychotherapeutenliste ausgewählte Psychotherapeuten zu Ausmaß und (positiven wie negativen) Effekten ihrer Eigenthapien und Selbsterfahrungen befragt wurden. Davon beantworteten insgesamt 100 Personen den Fragebogen, was einem Rücklauf von knapp 18% entspricht. Die Ergebnisse zeigen, dass alle Therapeuten wenigstens eine Eigenthapie absolviert haben (im Schnitt 4, mittlere Dauer insgesamt 600 Std.; Schnitt pro Episode ca. 150 Std.) und dabei sowohl sehr positive wie auch in einem Ausmaß von ca. 25% unerwünscht belastende Erfahrungen gemacht haben. In geringerem Ausmaß (bei ca. 15% der Therapien) kommen auch negative und unerwünschte Ergebnisse vor. Ausbildungsbezogene Eigenthapien weisen in beiden Bereichen signifikant höhere Werte auf als nicht ausbildungsbezogene. In der abschließenden Diskussion werden Konsequenzen und Implikationen dieser Ergebnisse diskutiert.

Schlüsselwörter: Selbsterfahrung, Eigenthapie, Lehrtherapie, Lehranalyse, Ausbildung, Evaluation, Psychotherapie.

Personal therapy of psychotherapists: Conception, methods and preliminary results of an empirical research project

Abstract The paper gives an overview of the backgrounds, issues and methods of a research project and a study designed to explore positive and negative processes and outcomes of personal therapies of psychotherapists. 100 Austrian psychotherapists (18% of a systematic sample of 600 Austrian psychotherapists) answered a questionnaire in which they gave information about the number, amount of time they had spent, negative and stressful encounters they had experienced and the positive and negative outcomes their therapies had for them in their own view. 100% of the therapists had completed at least one therapy, in the mean however four episodes were spent by every subject (600 hours mean duration; approximately 150 hours per episode). Most therapists perceive their personal therapies as very successful and helpful for their personal and professional developments. Nevertheless, in about 25% of the therapies negative and stressful experiences were encountered and 15% of the therapies had some kind of negative outcome, e.g. reduction of self-esteem, intensive and long lasting distress, troubles in close relationships etc.. Therapies conducted during training were more affected by these problems compared to those out of it. In the conclusion consequences and implications of these findings are discussed for personal therapy in training of psychotherapists.

Keywords: Personal therapy, training-therapy, training-analysis, training of psychotherapists, evaluation, psychotherapy.

Expérience sur soi/thérapie personnelle en psychothérapie – Concept, méthodes et premiers résultats d'une étude empirique

Résumé C'est surtout par rapport à la gestion de qualité en psychothérapie qu'il est important d'évaluer à intervalles réguliers la formation offerte dans ce domaine. Jusqu'à maintenant les travaux de recherche ne se sont pas intéressés à des formations dans leur ensemble, mais plutôt à certains de leurs élé-

ments, dont en particulier les effets et l'utilité de l'expérience sur soi/de la thérapie personnelle et de la supervision.

Concernant les premières, leur utilité en tant qu'éléments de formation demeure contestée, essentiellement parce que nous ne disposons pas de preuves

concluantes à ce niveau. De plus, les personnes qui s'y sont soumises mentionnent relativement souvent le fait qu'elles peuvent avoir des conséquences négatives ou constituent une expérience qu'il n'est pas toujours facile de surmonter. Il semble donc utile de s'intéresser à ces aspects et en particulier à ceux qui ont été considérés comme négatifs.

Nous présentons un projet que l'auteur mène depuis quelques années, ainsi qu'une étude qu'il a effectuée dans ce cadre. Cette dernière avait pour objectif d'examiner de manière plus systématique les effets positifs et négatifs de la thérapie personnelle, ainsi que les expériences difficiles qui peuvent l'accompagner. Un questionnaire partiellement standardisé a été élaboré sur la base de résultats déjà publiés; il a été envoyé à près de 600 psychothérapeutes travaillant en Autriche. Cent d'entre eux l'ont rempli et renvoyé. Cet échantillon s'est avéré représentatif – ou presque – du point de vue de quelques paramètres: sexe, âge, profession de base. Il l'est moins sous d'autres points de vue: répartition régionale, formation en psychothérapie, inscription sur la liste des psychothérapeutes. Il faut donc se demander si les résultats de l'enquête sont généralisables à l'ensemble des thérapeutes autrichiens.

Les réponses au questionnaire montrent que les thérapeutes concernés ont fait un nombre très élevé de thérapies personnelles/expériences sur soi, pendant et après leur formation ($M = 4$ thérapies, 6 thérapeutes personnels, durée globale moyenne de 600 séances, soit en moyenne 150 heures par épisode). Dans l'ensemble, les thérapies sont considérées comme positives; les participants à l'enquête sont très satisfaits de la manière dont elles ont été menées, de leurs résultats et des compétences des thérapeutes (didacticiens). Concernant l'importance de ces thérapies par rapport à l'acquisition de compétences psychothérapeutiques, ils répondent qu'elles jouent un rôle de premier plan (1ère place), suivies de la supervision et du propre travail thérapeutique.

Ce jugement positif n'empêche pas 50% des thérapeutes d'indiquer qu'ils ont vécu des expériences dif-

ficiles – et non souhaitées – dans ce cadre. Ce pourcentage baisse de moitié (environ 25%) lorsque la question porte sur des thérapies concrètes, faites soit dans le cadre de la formation, soit hors de ce dernier. Lorsqu'on leur demande quels ont été les contenus concrets de ces expériences négatives, environ 30% des thérapeutes indiquent avoir souffert de pressions financières d'une part, d'aspects liés à des dual relationships d'autre part (le thérapeute didacticien est formateur, examinateur et thérapeute personnel); 20% des participants à l'enquête ont eu le sentiment d'être constamment évalués en tant que personne, ont développé une relation de forte dépendance ou se sont vus confrontés à des contenus lourds à porter.

De plus, environ le tiers des enquêtés indique qu'une ou plusieurs thérapies ont eu des conséquences négatives ou indésirables (ceci concerne env. 15% de l'ensemble des thérapies). Les effets négatifs le plus souvent mentionnés sont les suivants: graves doutes et problèmes de longue durée en rapport avec leur confiance en leur propre valeur, vécu émotionnel à valence intensément négative pendant de longues périodes et conflits avec des personnes jouant un rôle important dans leur vie (y compris des séparations et des divorces).

Que ce soit concernant les vécus difficiles ou les conséquences importunes, les thérapies personnelles effectuées dans le cadre de la formation en sont nettement plus souvent marquées que celles qui se déroulent hors de ce contexte.

Pris dans leur ensemble, les résultats montrent que les expériences sur soi et les thérapies personnelles des psychothérapeutes ont des effets très positifs; il reste toutefois qu'ils montrent clairement qu'un bon nombre d'entre elles – et en particulier de celles qui ont été faites dans le cadre de la formation – se sont accompagnées d'aspects difficiles et d'effets inopportuns. Ces données devraient nous inciter à mieux nous préoccuper à l'avenir de l'aspect qualité (et de sa garantie) dans le contexte global de la formation, et en particulier au niveau de l'expérience sur soi et des thérapies personnelles.

1. Rahmenbedingungen und Problemstellungen

Die Evaluation der Ausbildung in Psychotherapie besitzt nach der Integration derselben in das Gesundheitswesen eine große Bedeutung und verfolgt verschiedene Ziele:

1. Von größter Bedeutung ist sicherlich die Überprüfung, ob die Ausbildungsmodelle und darauf fußende Curricula, die primär auf die Tradition und eher persönlichen oder fachlich-pädagogischen Erfahrungen aufbauen, tatsächlich jene Effekte erbringen, die sie erbringen sollen (= Überprüfung der Ergebnisqualität von Ausbildungen), wobei als Zielgrößen primär personale Kompetenzen („Entwicklung einer Therapeutenpersönlichkeit“), methodisch-technische und interaktionelle Fertigkeiten sowie die

therapeutische Effektivität zu sehen sind (Matarazzo und Garner, 1992).

2. Zum zweiten geht es aber auch um die deskriptive Erfassung des Ablaufs und der Inhalte einer Ausbildung, um zu prüfen, ob die real angebotenen Curricula auch denen entsprechen, die staatlich akkreditiert worden sind (bzw., ob in diesen auch das umgesetzt wird, was realisiert werden soll).
3. Dabei sind natürlich auch Fragen nach Art und Weise der Umsetzung (d. h. der Struktur- und Prozessqualität der Ausbildung) relevant, ebenso wie die Erfassung problematischer oder negativer Erfahrungen und unethischer und der Professionalität widersprechender Strukturen und Verhaltensweisen von Lehrpersonen. Gerade diese sind in der bisherigen Forschung noch viel zu wenig thematisiert worden,

stellen aber ein potentes Risiko für die Nichterreichung von Ausbildungszielen und die mangelnde Entwicklung professioneller Kompetenzen dar (Grunebaum, 1986; Laireiter, in Druck).

4. Damit hat die Ausbildungsevaluation auch wichtige Funktionen in der Kontrolle, der Sicherung und letztlich natürlich auch der Verbesserung der Qualität der Ausbildung in Psychotherapie (vgl. dazu ausführlicher Frank, 1998, 1999; Kuhr, 1998) und, da das fachliche Niveau ein Bestandteil der Strukturqualität von Psychotherapie ist, auch für die Qualitätssicherung von Psychotherapie im weiteren Sinn.

Neben der noch spärlichen Untersuchung gesamter Ausbildungen (Frank, 1999) hat sich die bisherige Forschung vor allem auf die Evaluation spezifischer Teile traditioneller Psychotherapieausbildungen konzentriert (Beutler et al., 1994; Botermans, 1996; Matarazzo und Garner, 1992), dabei insbesondere auf die Supervision und die Selbsterfahrung/Eigentherapie (Frank, 1998; Holloway und Allstetter Neufeld, 1995; Laireiter, 2000b; Macran und Shapiro, 1998). Letztere ist in diesem Zusammenhang insofern von besonderem Interesse, als sie in bezug auf ihre Nützlichkeit und Effekte einigermaßen umstritten ist (Lange, 1994; Macaskill, 1999; Schmelzer, 1996), während die Supervision eher weniger hinterfragt wird (Frank, 1998; Holloway und Allstetter Neufeld, 1995). Von ihren Gegnern werden der Selbsterfahrung/Eigentherapie vor allem das Fehlen stichhaltiger Beweise für ihren Nutzen vorgehalten ebenso wie mögliche negative Effekte. Weiters werden grundsätzliche und ethische Einwendungen vorgebracht (Verpflichtung zur Therapie ohne Bedarf, Schaffung von Abhängigkeiten, enorme finanzielle Belastungen bei gleichzeitig unklaren Effekten, Indoktrinationen, Generierung einer scholastischen, anti-wissenschaftlichen Haltung zur Psychotherapie etc.) (Grawe et al., 1994; Lange, 1994; Macaskill, 1999; Schmelzer, 1996). Dem gegenüber steht eine Reihe von Argumenten, die – meist glühend vorgetragen – vehement für die Bedeutung einer Eigentherapie/ Selbsterfahrung für die Erreichung der Ausbildungsziele und die spätere psychotherapeutische Tätigkeit sprechen und von ihren Vertretern in immer länger werdenden Listen (s. Laireiter, 1994) meist durch Selbstberichte von Psychotherapeuten untermauert, als Belege für ihre Bedeutung präsentiert werden. Hierbei werden sowohl die mangelnde empirische Forschung und das Fehlen geeigneter Evaluationsstrategien kritisiert wie auch die fast 100%ige positive Beurteilung derselben hinsichtlich Wirksamkeit, Erfolg und pädagogischer Nützlichkeit durch ihre Absolventen als Argumente hervorgehoben (Mertens, 1994; Sinason, 1999).

Ungeachtet dieser Kontroverse existiert aber tatsächlich ein großer Mangel an methodisch akzeptablen Studien zur Evaluation von Selbsterfahrung und Eigentherapie (Laireiter, 2000a,c). Zusätzlich sind noch viele wichtige Fragen offen, vor allem im Hinblick auf Häufigkeit, Art und Ausmaß absolvierter Eigentherapien und ihre Effekte (Macaskill, 1999). Da der Großteil der bisherigen Forschung fast ausschließlich im Rahmen humanistischer und psychodynamisch orientierter

Therapien durchgeführt worden ist (Laireiter, 2000c), ist weiters die Übertragung dieser Ergebnisse auf andere therapeutische Orientierungen (z. B. Verhaltenstherapie, Systemische Therapie) fraglich. Genauso wenig ist erforscht, ob dieses Element für alle therapeutischen Methoden in gleicher Weise wichtig oder für einzelne nicht sogar kontraproduktiv ist. Schließlich wurde der größte Teil der bisherigen Forschung im angloamerikanischen Sprachraum durchgeführt, sodass viele Fragen im deutschsprachigen Raum überhaupt noch nicht thematisiert worden sind. Ein weiterer in der internationalen Literatur erst zaghaft erforschter und im deutschen Sprachraum überhaupt noch nicht angesprochener Bereich ist der negativer und unerwünschter Effekte und Erfahrungen von Eigentherapien/ Selbsterfahrungen (wie übrigens auch von sonstigen Ausbildungselementen), sodass insgesamt ein intensiver Forschungsbedarf für die rationale Beurteilung der Nützlichkeit und Bedeutung dieses Elements für die Psychotherapieausbildung besteht.

2. Fragestellungen und Forschungsinteressen

Angesichts dieser Situation stellen sich für die Evaluation von Selbsterfahrung/Eigentherapie in der Psychotherapieausbildung eine Reihe wichtiger Fragen, die der Autor auf verschiedene Weise zu beantworten versuchte. Zum einen wurde in zwei breit angelegten Reviews (Laireiter, 2000b,c) der Stand der Forschung zu zwei Grundfragen aufgearbeitet: 1. hinsichtlich Ausmaß und Art absolvierter Selbsterfahrung/Eigentherapie vor, während und nach der Ausbildung und 2. hinsichtlich der Effekte dieser Erfahrungen.

Resümierend lässt sich sagen, dass Psychotherapeuten international in einem außerordentlich hohen Maß während und außerhalb (vorher wie nachher) ihrer Ausbildung Eigentherapien und Selbsterfahrungen in Anspruch nehmen, auch wenn deren Absolvierung für die Ausbildung nicht verpflichtend ist (ca. 80% Absolvierungsrate; im Schnitt drei Therapien, überwiegend Gruppentherapien, aber auch Einzeltherapien, seltener Paar- und Familientherapien). Die meisten Eigentherapien entstammen humanistischen und psychodynamischen Orientierungen (auch von Vertretern anderer Richtungen wie Verhaltens- oder systemische Therapeuten). Hinsichtlich der Effekte zeigt sich ein sehr komplexes Bild: Wenngleich von den Absolventen selbst behauptet, zeigen objektive Studien übereinstimmend keine Auswirkung auf die therapeutische Effektivität (Therapeuten mit einer Eigentherapie sind genauso effektiv wie solche ohne eine solche). Es gibt aber einige Hinweise darauf, dass (humanistisch und psychodynamisch orientierte) Eigentherapien (andere wurden bislang zu wenig evaluiert) zur Entwicklung einer Reihe erwünschter Kompetenzen beitragen (vgl. dazu auch Macran und Shapiro, 1998): Erhöhung der Selbstwahrnehmung und Selbsteinsicht; Verbesserung der Empathiefähigkeit; Verbesserung der interpersonellen Sensibilität; Verbesserung der Befindlichkeit und des Wohlbefindens; verbesserter Erwerb psychotherapeutischer Methoden und Strategien; Erhöhung der Identifikation mit der therapeutischen Orientierung und Ent-

wicklung eines psychotherapeutischen Selbstkonzepts. Weiters scheinen Eigentherapien den therapeutischen Stil ihrer Absolventen nachhaltig zu beeinflussen, was insofern gut nachvollziehbar ist, als Modelllernen der zentrale (pädagogische) Wirkfaktor dieses Ausbildungselementes zu sein scheint. Bei der Interpretation dieses Effekts ist zu berücksichtigen, dass er unterschiedlich zu bewerten ist: positiv im Hinblick auf die Entwicklung orientierungsidenter Therapeuten, unklar bis problematisch im Hinblick auf orientierungsfremde Therapeuten, da noch nicht erforscht ist, welche Effekte die Entwicklung eines klientenzentrierten oder psychodynamischen Arbeitsstils für die therapeutische Tätigkeit von Therapeuten grundsätzlich anderer methodischer Provenienz (z. B. Familientherapeuten, systemische Therapeuten, Verhaltenstherapeuten etc.) nach sich zieht.

Neben diesen erwünschten Effekten zeigen verschiedene Studien aber auch (systematischer Überblick bei Laireiter, in Druck), dass ca. 15% bis 20% der Absolventen über unnötig negative und belastende Erfahrungen während ihrer Eigentherapien klagen und dass, je nach Ausmaß und Schwere, von ca. 5% bis 15% der Absolventen von negativen und unerwünschten Effekten berichtet wird. Diese Zahlen mögen zwar per se als nicht sehr dramatisch erscheinen; angesichts der Möglichkeit aber, dass diese Therapeuten ihre negativen Erfahrungen und Effekte (im Sinne des Modelllernens) später an ihre Patienten weitergeben können, müssen sie dennoch nachdenklich stimmen und sollten zu korrigierenden (qualitätsverbessernden) Interventionen Anlass geben (vgl. dazu Laireiter, in Druck).

Ausgehend vom Stand der bisherigen Forschung stellten sich dem Autor eine Reihe von Fragen für weiterführende Forschungen, die sich vor allem auf die österreichische bzw. mitteleuropäische Situation beziehen:

1. Werden in Österreich von Psychotherapeuten Eigentherapien und Selbsterfahrungen in einem ähnlichen oder gar höheren Ausmaß vor, während und nach ihren Ausbildungen absolviert?
 2. In welchen Methoden werden diese Eigentherapien/Selbsterfahrungen am häufigsten betrieben?
 3. In welchem Ausmaß werden in Österreich „orientierungsfremde“ Methoden der Selbsterfahrung/Eigentherapie (d. s. solche, die nicht der therapeutischen Orientierung entsprechen, in der ein Therapeut ausgebildet worden ist) in Anspruch genommen?
 4. Was sind die wichtigsten positiven Effekte von Eigentherapien/Selbsterfahrungen im Rahmen der Ausbildung auf die persönliche und fachliche Entwicklung des Therapeuten aus seiner eigenen Sicht? In der internationalen Literatur fehlt bis jetzt eine systematische Analyse dieser Frage, meist wurde sie mit offenen Antwortvorgaben und inhaltsanalytischen Post-hoc-Auswertungen untersucht. Zum Erhalt quantitativer Daten sollten diese Effekte daher anhand differenzierter Skalen untersucht werden.
 5. Gibt es systematische Determinanten dieser Effekte (Dauer der Therapie, Therapierichtung und -modalität, Personvariablen des Therapeuten etc.)?
 6. Welche Bedeutung messen Psychotherapeuten aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung dem Ausbildungselement „Selbsterfahrung/Eigentherapie“ für die Erreichung der Ausbildungsziele und die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz bei? Gibt es auch diesbezüglich systematische Determinanten (z. B. Orientierung der Therapie)?
 7. Wie sollte dieses Ausbildungselement aus Sicht der Psychotherapeuten aufgrund ihrer Erfahrungen und Expertise inhaltlich und formal gestaltet werden?
 8. Besonders wichtig ist die Erforschung *negativer Effekte und Erfahrungen* in Eigentherapien/Selbsterfahrungen. Dabei sind auch konzeptuelle Klärungen notwendig.
- Die folgenden Ausführungen sind daher primär dem zuletzt genannten Aspekt gewidmet:
- Aufgrund vorliegender Befunde und allgemeiner Überlegungen können drei Arten negativer Effekte/Erfahrungen differenziert werden: a) solche, die in den spezifischen strukturellen Rahmenbedingungen von Eigentherapien/Selbsterfahrungen im Ausbildungskontext gelegen sind (Unfreiwilligkeit, Rollenvermischungen, Bewertungssituation etc. = strukturelle Probleme und Belastungen), b) solche, die aus Durchführungsproblemen und einem Mangel an Prozessqualität der Eigentherapien selbst resultieren (negative Therapieerfahrungen, Missbrauch durch den Therapeuten, Beziehungskonflikte etc.), und c) therapeutische Misserfolge bzw. unerwünschte Ergebnisse und Effekte (z. B. Ausbildungsabbruch, Beziehungskrisen, Selbstwertprobleme, Auftreten psychischer Störungen und Belastungen, Verschlechterung der Befindlichkeit). Daraus ergeben sich für die Forschung eine Reihe von Teilfragestellungen:
- In welchem Ausmaß treten negative Erfahrungen und Effekte allgemein und in den drei explizierten Teilbereichen bei Eigentherapien und Selbsterfahrungen von Psychotherapeuten auf? Gibt es eine Häufung derartiger Probleme bei bestimmten Therapien (Einzel- vs. Gruppentherapie; kurze vs. längere Therapien) und Therapierichtungen (z. B. Psychoanalyse vs. Gesprächstherapie)?
 - Welcher Art sind diese Effekte/Erfahrungen in den drei Bereichen aus Sicht der Absolventen dieser Therapien? Auch hier erscheint es sinnvoll, eine differenzierte quantitative Erfassung aufbauend auf den bisher vorliegenden Befunden aus der Literatur vorzunehmen.
 - Da es für negative Effekte und Erfahrungen bislang weder eine auf theoretischen Überlegungen noch auf systematischen empirischen Befunden aufbauende Taxonomie gibt, ist es sinnvoll, die Psychotherapeuten zu befragen, welche Ereignisse und Inhalte von Eigentherapien/Selbsterfahrungen sie aufgrund ihrer Erfahrung und Expertise als besonders negativ und unerwünscht ansehen. Ziel dieser Frage sollte die Entwicklung inhaltlicher Konzepte negativer, unerwünschter und letztlich auch unethischer Inhalte, Erfahrungen und Effekte von Eigentherapien sein.
9. In weiterer Hinsicht ist es natürlich auch wichtig zu wissen, in welchem Ausmaß belastende/unerwünschte Erfahrungen in anderen Ausbildungsle-

menten (Kleingruppenarbeit, Theorieseminare, Supervision, eigene therapeutische Tätigkeit) auftreten, um so das Ausmaß derartiger Phänomene im Gesamten und über verschiedene Ausbildungselemente hinweg vergleichend beurteilen zu können. Beides sollte letztlich eine erste (und zugegebenermaßen etwas oberflächliche) Beurteilung der Qualität von Ausbildungen im Allgemeinen und von Selbsterfahrungen/Eigentherapien im besonderen ermöglichen.

10. Eine weitere wichtige Frage ist die nach der Verhinderung/ Prävention negativer Erfahrungen und Effekte und damit verbunden auch nach der Qualitätssicherung der Ausbildung selbst.

3. Methodik, Design und Durchführung der Studie

Der Autor verfolgt das Ziel, diese Fragen in einer Reihe von Studien systematischer zu untersuchen. In einer dieser wurde zur Beantwortung eines Teils dieser Fragen eine *schriftliche Befragung der österreichischen Psychotherapeuten* durchgeführt. Vor allem aus ökonomischen Überlegungen aber auch wegen des Wunsches, quantitative Daten über die Häufigkeit der verschiedenen Phänomene zu erhalten, wurde die schriftliche Befragung mit einem teilstandardisierten Instrument einer mündlichen in Form eines Interviews vorgezogen. Im Folgenden wird diese Studie ausführlicher vorgestellt.

Eine besondere Schwierigkeit bei Studien zur Selbsterfahrung/Eigenherapie ergibt sich aus der extrem heterogenen *Begrifflichkeit*. Dies ist in Österreich insofern noch verschärft, als hier vergleichsweise viele psychotherapeutische Methoden zugelassen sind, die ihrerseits wiederum sehr unterschiedliche Begriffe zur Umschreibung des angesprochenen Phänomens verwenden. Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Tatsache, dass die zunehmende Differenzierung der therapeutischen Richtungen auch zu einer Zunahme an Selbsterfahrungselementen und -arten geführt hat. So sind in der Regel heute in den meisten psychotherapeutischen Richtungen neben der klassischen „Lehrtherapie“ oder Selbsterfahrung zusätzlich noch verschiedene andere Methoden und Konzepte der Selbsterfahrung zu absolvieren (Gruppenselbsterfahrung, Selbsterfahrung als Methode erfahrungsorientierten Lernens in Ausbildungskleingruppen; Selbstanwendung therapeutischer Methoden, Selbsterfahrung in der Supervision etc.; vgl. dazu ausführlicher Frühmann und Petzold, 1994).

Um dieses Problem für die Befragung nur einigermaßen in den Begriff zu bekommen, wurde auf eine taxative Auflistung der Begriffe verzichtet. Anstatt dessen wurde das Phänomen durch eine sogenannte „*paradigmatische Begriffsbildung*“ unter Bezugnahme auf das Konzept der „Familienähnlichkeit“ von Wittgenstein durch Nennung der wichtigsten Leitbegriffe („Eigenherapie“, „Lehrtherapie“, „Selbsterfahrung“) und der Vorgabe seiner Kernmerkmale (eigenständiges Ausbildungselement; Bearbeitung persönlicher Themen und Inhalte; Reflexion eigener Biographie und Persönlichkeitsanteile etc.) und seiner möglichen Ziele (Abbau blinder Flecken, persönliche Reifung etc.) zu präzisieren versucht. Die Begriffsklärung erfolgte im

Begleitschreiben zur Fragebogenerhebung. Wie die Rückmeldungen zur Studie erkennen ließen, ist es damit gelungen, das Phänomen einigermaßen präzise und verständlich zu fassen.

Das *Befragungsinstrument* orientiert sich an den oben genannten Fragestellungen und umfasst insgesamt sechs Sektionen (1. Angaben zur Person, 2. Fragen zur Berufstätigkeit, 3. eigene Selbsterfahrung/Eigenherapie und positive/erwünschte Effekte, 4. belastende negative/unerwünschte Inhalte und Erfahrungen, 5. negative/unerwünschte Effekte/Ergebnisse, 6. negative Erfahrungen und Effekte in anderen Ausbildungsteilen). In diesen sollten die Probanden in insgesamt 260 geschlossenen Items und in ca. 70 offenen bzw. teiloffenen Fragen Auskünfte zu den erwähnten Themen geben. Den Kern des Verfahrens bilden fünf standardisierte Skalen, in denen das Ausmaß und in zwei Fällen auch die Intensität der gemachten Erfahrungen systematisch und aufbauend auf dem vorliegenden Wissen erfasst werden (*positive/erwünschte Effekte*: 42 standardisierte + 3 offene Items [„Sonstiges“]; *negative/unerwünschte Prozessenerfahrungen/-inhalte*: 30 standardisierte + 3 offene Items; *unerwünschte Strukturmerkmale*: 19 standardisierte + 3 offene; *unerwünschte/negative Effekte*: 28 standardisierte + 4 offene Items). Zusätzlich wurden die Probanden bei den Abschnitten zu den negativen Inhalten und Effekten durch offene Fragen gebeten, anzugeben, was sie selbst jeweils darunter verstehen. Um differenzierte Auskunft über Ausmaß, Art und Setting der von den Befragten insgesamt absolvierten Eigentherapien/Selbsterfahrungen zu erhalten, wurde eine differenzierte Tabelle entworfen, in der die theoretische Orientierung, das Setting (Einzel, Paar, Familie, Gruppe), das Stundenausmaß und der Zeitpunkt der Therapie/Selbsterfahrung (vor, während, nach der Ausbildung) anzugeben waren. Insgesamt stand Platz für acht Therapieepisoden zur Verfügung. Wie sich zeigte, war dies aber in einigen Fällen zu wenig. Aufbauend auf dieser Tabelle wurde in späteren Abschnitten auch nach belastenden und negativen Therapien gefragt. Bezog sich die Erhebung der Eigentherapien (gesamt, belastende) auf alle jemals absolvierten Therapien (d. h. innerhalb wie außerhalb des Ausbildungssettings), so ist es wichtig zu betonen, dass die standardisierte Beurteilung der Effekte aus ökonomischen Gründen primär die ausbildungsbezogenen Therapien und Selbsterfahrungen zum Gegenstand hatte.

Da die Studie von der Anlage her explorativer Natur ist, erscheint dieser doch recht beträchtliche und für postalisch durchgeführte Befragungen eigentlich ungewöhnliche Umfang des Verfahrens gerechtfertigt. Der Nachteil liegt darin, dass dadurch die Rücklaufquote reduziert wird und vermutlich nur Probanden den Fragebogen beantworten, die dazu besonders motiviert sind (z. B. positive oder negative Botschaften mitteilen wollen, das Thema für besonders wichtig erachten etc.). Es wäre daher möglich, dass die eher Unbetroffenen und Unbeteiligten, die aber für eine realistische Beurteilung des Phänomens genauso wichtig sind, dadurch nicht erfasst werden. Die *Repräsentativität* der Stichprobe ist daher genau zu analysieren und bei der Dateninterpretation zu berücksichtigen.

Das Forschungsinteresse der Studie richtet sich nicht nur auf die inhaltliche Beschreibung und Erfassung der angesprochenen Phänomene sondern auch auf die Schätzung des Ausmaßes und der Intensität derselben in der Gesamtpopulation der österreichischen Psychotherapeuten. Um dies zu ermöglichen, ist unter methodologischen Gesichtspunkten die *Ziehung einer repräsentativen Stichprobe* unbedingt nötig. Dazu stehen grundsätzlich verschiedene Strategien zur Verfügung (Zufallsstichprobe, Quotenstichprobe, Totalerhebung). Unter Abwägung der Möglichkeiten und Rahmenbedingungen (Kosten, Aufwand, Zugang zur Psychotherapeutenliste etc.) wurde zugunsten der Ziehung einer Zufallsstichprobe (da Quotenselektion bei schriftlicher Befragung auf postalischem Weg kaum realisierbar und mündliche Befragung aus ökonomischen Gründen ausschied) nach regionaler Verteilung entschieden. Die für die vorliegende Fragestellung eigentlich adäquatere Vorgehensweise der Ziehung nach methodischer Orientierung wurde aus verschiedenen Gründen verworfen: die Psychotherapeutenliste ist primär regional organisiert, die methodische Orientierung ist sekundär; die so notwendige Doppelselektion (regionale Verteilung und Methode) hätte einen nicht zu bewältigenden Mehraufwand bei der Stichprobenauswahl bedeutet. Zusätzlich lassen Mehrfacheintragungen sowie das Fehlen eines methodenspezifischen Zusatztitels (aus der ersten Übergangsfrist) eine klare orientierungsbezogene Zuordnung vieler Psychotherapeuten (ca. 40%; vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ÖBIG, 1999) nicht zu, sodass insgesamt betrachtet eine regional organisierte Selektion unter Abwägung des Aufwandes, der vorhandenen finanziellen Forschungsmittel und des daraus zu beziehenden Nutzens am sinnvollsten erschien.

Vor diesem Hintergrund wurde in Zusammenarbeit mit dem Sekretariat des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP)¹ eine regional (nach Bundesländern) gegliederte Stichprobe von 10% der in die österreichische Psychotherapeutenliste (Stand: 1. 1. 2000) eingetragenen Psychotherapeuten gezogen. Um das Zufallsprinzip zur Geltung zu bringen, wurde jede 10. Adresse eines jeden Bundeslandes in die Stichprobe aufgenommen. Insgesamt resultierte daraus eine Stichprobe von $N=566$ Personen. Da in dieser Liste auch Institutionen und Auslandsadressen enthalten waren, wurden sechs Adressen gestrichen, sodass die endgültige Stichprobe 560 Personen umfasste, an die der erwähnte Fragebogen postalisch, versehen mit einem Begleitschreiben und einem freigemachten Rückkuvert, versandt wurde.² Von diesen wurden insgesamt 48 als unzustellbar zurückgeschickt, sechs weitere waren ent-

weder nicht ausgefüllt retourniert worden oder wegen außergewöhnlich vieler fehlender Angaben nicht verwertbar. Da nach sechs Wochen (die Versendung der Fragebogen hatte Anfang Februar 2000 stattgefunden) erst 60 Fragebogen ausgefüllt und verwertbar vorlagen, wurde vom Autor an alle Befragten ein Erinnerungsschreiben mit der dringlichen Bitte um Beantwortung der Fragebogen versandt. Zusätzlich wurden für die ausgefallenen 54 Probanden Ersatzadressen nach dem gleichen Prinzip aus der Psychotherapeutenliste ausgewählt und der Fragebogen an diese zur Beantwortung verschickt. Auf das Mahnschreiben hin und von den zusätzlich versandten Fragebogen wurden insgesamt 42 zurückgeschickt, davon waren 40 verwertbar, sodass die endgültige Stichprobe der Studie 100 Psychotherapeuten umfasst.³

Aufgrund dieses Vorgehens ist die Rücklaufquote unterschiedlich zu bestimmen und entsprechend auch unterschiedlich hoch. Geht man davon aus, dass in zwei Wellen insgesamt 614 Fragebogen versandt worden sind, liegt die Rücklaufquote bei 16,3% (knapp $\frac{1}{6}$), nimmt man hingegen die 54 nicht zustellbaren bzw. nicht ausgefüllten Fragebogen aus dieser Berechnung heraus und geht insgesamt von einer Gesamtstichprobe von $N=560$ aus, so erhöht sich die Antwortrate etwas auf knapp 18% (exakt: 17,86%), was zwar mit ähnlichen Studien durchaus vergleichbar ist (Watkins und Watts, 1995), insgesamt aber dennoch als sehr niedrig anzusehen ist.

4. Erste Ergebnisse

Im Folgenden werden einige erste Ergebnisse der Studie präsentiert. Dabei wird zunächst auf die Stichprobe und ihre Repräsentativität eingegangen, dann werden Daten zu Art und Umfang der absolvierten Selbsterfahrungen/Eigentherapien und deren Beurteilung hinsichtlich Zufriedenheit mit der Durchführung, den Ergebnissen und den Therapeuten sowie die selbst eingeschätzte Dauer der Effekte dargestellt. Der Schwerpunkt der Präsentation liegt aber im Bereich negativer Inhalte, Erfahrungen und Effekte, wobei hier sowohl Befunde zur Häufigkeit wie auch zu den Inhalten derselben dargestellt werden.

4.1 Stichprobe

Die Stichprobe ist hinsichtlich der wichtigsten demografischen und professionellen Parameter in Tabelle 1 beschrieben.

Sie umfasst ca. $\frac{2}{3}$ Frauen und $\frac{1}{3}$ Männer mittleren Alters ($Md = 44$ Jahre), die zu $\frac{3}{4}$ eine akademische Basisqualifikation besitzen. Die meisten davon (ca. 45%) haben ein Psychologiestudium absolviert, es folgen Mediziner und Fachpädagogen. Zwei Drittel hat mindestens eine psychotherapeutische Ausbildung absol-

¹ Der Autor möchte an dieser Stelle Frau Redl vom Sekretariat des ÖBVP sehr herzlich für ihre kooperative Haltung und Unterstützung bei der Selektion der Stichprobe und der Erstellung der Adresstiketten danken.

² Die Kopie und der Versand der Fragebogen sowie die Eingabe der Daten und deren Kontrolle erfolgte durch Frau Sonja Rossi und Herrn Manfred Gugler. Beiden sei an dieser Stelle ebenfalls sehr herzlich für ihre ausgezeichnete Arbeit gedankt.

³ Der Autor möchte an dieser Stelle allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich an der Studie beteiligt und den Fragebogen beantwortet haben, seine große Dankbarkeit ausdrücken. Er ist sich des Aufwandes bewusst, den eine sorgfältige Bearbeitung desselben nach sich gezogen hat.

viert, mit der sie meist auch in die Psychotherapeutenliste mit Zusatztitel eingetragen sind. Am häufigsten wurden Ausbildungen in klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Psychotherapie absolviert, gefolgt von Gestalttherapie, Psychoanalyse und System- und Familientherapie. Existenzanalyse und Katathym-Imaginative Psychotherapie sind in einem mittleren Ausmaß vertreten, in geringerer Häufigkeit das Psychodrama, die Verhaltenstherapie und die Individualpsychologie. Entgegen den Ausbildungen überwiegt bei den Eintragungen in die Psychotherapeutenliste die Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ gefolgt von „Klientenzentrierter“ oder „Personenzentrierter Psychotherapie“. Alle übrigen Ausbildungen sind geringer vertreten (Tabelle 1).

Die untersuchten Psychotherapeuten sind im Durchschnitt seit ca. 11 Jahre berufstätig, meist in mehreren Settings, im stationären (48%), im institutionell-ambulanten (59%), in der freien Praxis (73%), seltener in Gemeinschaftspraxen (28%). Analog dem hohen Anteil

der entsprechenden Vertreter wird das aktuelle therapeutische Handeln der Stichprobe primär durch psychodynamische, humanistische und systemisch-kommunikationstheoretische Konzepte bestimmt.

4.2 Zur Frage der Repräsentativität der Stichprobe

Eine wichtige Frage für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die österreichischen Psychotherapeuten ist die Repräsentativität der Stichprobe. Diese ist aufgrund der vergleichsweise kleinen Stichprobe (zur Zeit in Österreich ca. 5700 eingetragene Psychotherapeuten; Stichprobe: N=100) von vorneherein nicht vollkommen gegeben. Zwar zeigen sich keine statistischen Differenzen zwischen den Respondenten und den Nichtrespondenten hinsichtlich des Geschlechts; auch im Vergleich zur Gesamtgruppe der österreichischen Psychotherapeuten ist das Geschlechterverhältnis repräsentativ (s. ÖBIG, 1999: 1997 64,2% weibliche

Tabelle 1. Stichprobenbeschreibung (N = 100)

<i>Geschlecht</i>	weiblich männlich	64 36	<i>LehrtherapeutIn</i> k.A.: 2	ja nein	23 75
<i>Alter</i>	<i>M</i> <i>Md</i> <i>SD</i> <i>Min</i> <i>Max</i>	44,8 44 7,3 31 67	<i>Dauer berufliche</i> <i>Tätigkeit (Jahre)</i>	<i>M</i> <i>Md</i> <i>SD</i> <i>Min</i> <i>Max</i>	11,5 10,5 6,0 3 29
<i>Basisberuf^a</i> (Angaben in Absolutwerten)	Psychologie Medizin Lehrer Pädagogik akademische Qualifikation: ja: 75 nein: 23 k. Angaben: 2	34 17 13 11 6 6 6 3 2 2	<i>Theoretische</i> <i>Orientierung im</i> <i>psychotherapeu-</i> <i>tischen Handeln^b</i> (Angaben in %)	Psychodynamisch Klienten-/personenzentriert Systemisch-kommunik. Gestalttherapeutisch Existenzanalytisch Katathym-imaginativ Verhaltenstherapeutisch Psychodramatisch Transaktionsanalytisch Sonstiges ^c	19,2 17,9 16,1 10,8 7,8 7,3 5,6 3,1 1,5 10,4
<i>Ausbildungen^d</i> (Angaben in Absolutwerten): 1: 68 2: 26 3: 4 4: 1 0: 1 <i>Dauer (Jahre):</i> <i>M: 6,1; Md: 6,0;</i> <i>SD: 2,2</i>	Therapie nach Rogers ^e Integrative Gestalttherapie Psychoanalyse Systemische Familientherapie Existenzanalyse Katathym-Imaginative Pth. Psychodrama Verhaltenstherapie Individualpsychologie Biodynamische Psychotherapie Sonstige ^f k. A.	25 15 13 10 8 8 4 4 3 3 4 3	<i>Eintragung in die</i> <i>Psychotherapeuten-</i> <i>Liste (Angaben in</i> <i>Absolutwerten):</i> ja: 100 ohne Zusatz: 28 1 Zusatzbez.: 63 2 Zusatzbez.: 7 k. Angaben: 2	<i>Zusatzbezeichnungen (1.)^g</i> Psychoanalyse Therapie nach Rogers ^e Integrative Gestalttherapie Systemische Familientherapie Existenzanalyse Katathym-Imaginative Pth. Psychodrama Verhaltenstherapie Individualpsychologie Sonstige ^h	15 14 8 8 6 5 4 3 2 3

Anmerkungen: ^a 16 Psychotherapeuten besaßen eine 2. oder 3. akademische Qualifikation, 17 gaben eine zweite, dritte oder vierte nicht akademische Berufsausbildung an; hier ist nur die erste Berufsausbildung berücksichtigt. ^b Ausmaß, in dem die genannten Orientierungen das aktuelle psychotherapeutische Handeln bestimmen. ^c Sonstige: Focussing, NLP, Gruppendynamik, Körpertherapien, Bewegungstherapie etc. ^d Alle Angaben (Dauer, Orientierung) dieser Rubrik beziehen sich auf die erste der genannten Ausbildungen; Ausbildungen 2 bis 4 sind hier nicht berücksichtigt. ^e Hier zusammengefasst beide Methoden, die sich auf Rogers berufen: Klientenzentrierte Psychotherapie; Personenzentrierte Psychotherapie. ^f Sonstige: Dynamische Gruppentherapie, Gestalttheoretische Pth., Analyse nach C.G. Jung, Transaktionsanalyse. ^g Alle Angaben beziehen sich auf die erste Zusatzbezeichnung; Angaben zur 2. sind hier nicht berücksichtigt. ^h Sonstige: Dynamische Gruppenth., Gestalttheoretische Pth., Transaktionsanalyse.

Psychotherapeutinnen, 35,8% männliche; hier: 64% vs. 36%). Vergleicht man allerdings die sonstigen Stichprobenmerkmale mit der größten und aktuellsten Studie zur Psychotherapie in Österreich (ÖBIG, 1999), so fallen Abweichungen von der Population bei der regionalen Verteilung, der Eintragung in die Psychotherapeutenliste und den fachspezifischen Zusatztiteln auf. Bei einigen anderen wichtigen Parametern ist allerdings keine Differenz auszumachen (Alter, wichtigste Basisberufe), sodass man den Befunden doch eine gewisse Generalisierbarkeit zuschreiben kann.

Hinsichtlich des *Alters* ergeben sich keine offensichtlichen Differenzen zwischen der Stichprobe und der Gesamtpopulation der österreichischen Psychotherapeuten im Mittelwert. Allerdings sind einige Altersgruppen in der vorliegenden Stichprobe etwas unter- und andere etwas überrepräsentiert. Unterrepräsentiert sind die jüngeren (bis 30- und 31- bis 40-Jährige: hier: <30: 0%, <40: 29%; ÖBIG, 1999; Stand 1997: 1,3%, 36,3%), überrepräsentiert die älteren Altersgruppen (hier: 41–50: 48%; 51–60: 20%; >61: 2,0; ÖBIG: 43,5%, 15,9%, 3,0%). Da allerdings bei 400 Personen aus der ÖBIG-Studie keine Altersangaben vorhanden waren, da das Alter im ersten Jahr der Eintragung in die Psychotherapeutenliste (1991) nicht erfasst wurde, und die Autoren dieser Studie selbst vermuten, dass es sich bei diesen um eher ältere Psychotherapeuten handelt, kann davon ausgegangen werden, dass es keine nennenswerten Differenzen zwischen Stichprobe und Population in der Altersverteilung gibt.

Hinsichtlich der *beruflichen Qualifikation* muss auf Zahlen zurückgegriffen werden, die Stumm (1996) von 3121 Psychotherapeuten im Rahmen der Erstellung eines Psychotherapeutenverzeichnisses erhoben hat. Diesen zufolge waren 1995 35,8% der österreichischen Psychotherapeuten Psychologen (hier: 34%), gefolgt von 17,9% Ärzten (hier: 17%), 9,1% Sozialarbeitern (hier: 6%), 6,2% Lehrern (hier: 13%), 1,6% Theologen (hier: 6%) und 1,2% Krankenpflegende (hier: 3%). Zumindest für die beiden wichtigsten Basisqualifikationen, die Psychologen und die Mediziner, kann die vorliegende Stichprobe als repräsentativ angesehen werden, bei den Sozialarbeitern ist die Differenz leicht auffällig, bei den anderen sind die Abweichungen deutlich.

Bei den übrigen Verteilungsparametern liegen sowohl Über- wie auch Unterrepräsentationen vor: So ist hinsichtlich der *regionalen Verteilung*⁴ für Wien, Oberösterreich und Salzburg eine z.T. deutliche Unterrepräsentation zu konstatieren (1998: Wien: 42,8% eingetragene Psychotherapeuten, ÖBIG, 1999; vs. 31% Rücklauf vorliegende Studie; Oberösterreich: 9,9% vs. 6%; Salzburg: 10,5% vs. 7% Rücklauf), das Burgenland ist in vorliegender Studie nicht vertreten, also ebenfalls unterrepräsentiert. Keine Differenz ergibt sich für Vorarl-

berg (4,8% Psychotherapeutenliste vs. 4% Rücklauf), Kärnten (4,6% Psychotherapeutenliste vs. 5% Rücklauf), Tirol (8% vs. 6%) und Niederösterreich (8% vs. 8%); die Steiermark ist überrepräsentiert (10,3% Psychotherapeutenliste vs. 13% Rücklauf).

Eintragung in die Psychotherapeutenliste: Nach Angaben der ÖBIG-Studie (1999) besitzen 37,9% der Psychotherapeuten keine Zusatzbezeichnung, 55,2% eine, 5,4% zwei und 1,5% drei und mehr (Stand 1997). In der vorliegenden Studie ergeben sich folgende Verteilungen (s. Tabelle 1: keine Zusatzbezeichnung: 28%, 1 Zusatzbezeichnung: 63%, 2: 7; >3: 0). Die Therapeuten mit einer und zwei Zusatzbezeichnungen sind also im Vergleich zur Population hier deutlich überrepräsentiert, hingegen die ohne und mit drei und mehr in geringerem Ausmaß vertreten. Hinsichtlich der Art der *Zusatzbezeichnung* ist festzustellen, dass es auch hier neben Orientierungen, bei denen sich keine offensichtlichen Abweichungen feststellen lassen, einige mit deutlichen Differenzen gibt. Im Vergleich zu den Angaben des ÖBIG (1999) besteht in vorliegender Studie (jeweils beide Eintragungen berücksichtigend) *Übereinstimmung* bei den Zusatzbezeichnungen „Klientenzentrierte“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ (ÖBIG: 14,1%, hier: 14%); „Katathym-Imaginative Psychotherapie“ (ÖBIG: 4,2%, hier 5%), „Individualpsychologie“ (ÖBIG: 2,7%, hier: 2%), „Autogenes Training“ (ÖBIG: 1,4%, hier 1%), „Analytische Psychologie nach C.G. Jung“ (ÖBIG: 0,9%, hier 1%) und „Transaktionsanalyse“ (ÖBIG: 1,3%, hier 1%). Eindeutig *überrepräsentiert* sind in vorliegender Studie die Psychoanalyse (incl. Gruppenpsychoanalyse) (ÖBIG: 6,8%, hier: 16%), die Integrative Gestalttherapie (ÖBIG: 4,6%, hier 9%), die Existenzanalyse/Logotherapie (ÖBIG: 2,3%, hier 8%), das Psychodrama (ÖBIG: 1,8%, hier 4%) und die Gestalttheoretische Psychotherapie (ÖBIG: 0,4%, hier 1%). Deutlich bis leicht *unterrepräsentiert* hingegen sind die Systemische Familientherapie (ÖBIG: 16,2%, hier: 11%), die Verhaltenstherapie (ÖBIG: 7,8%, hier: 3%) und die Dynamische Gruppenpsychotherapie (ÖBIG: 3,8%, hier 1%). Es scheint also der Fragebogen vor allem von Vertretern solcher Orientierungen beantwortet worden zu sein, für die die Selbsterfahrung/Eigentherapie besonders wichtig ist (Psychoanalyse, Gestalttherapie), wohingegen sich Verhaltenstherapeuten und systemische Therapeuten, für die Selbsterfahrung in der Ausbildung traditionell von geringerer Bedeutung ist, in geringerem Maße daran beteiligt haben. Insgesamt muss man aus diesem Vergleich schließen, dass die gezogene Stichprobe in gewisser Hinsicht zwar repräsentativ für die österreichischen Psychotherapeuten ist, andererseits aber auch deutlich von diesen abweicht, sodass eine Generalisierung der Ergebnisse auf die Grundpopulation nur mit Vorsicht betrieben werden kann.

4.3 Absolvierte Selbsterfahrungen/Eigentherapien

Wenig überraschend hatten alle 100 Therapeuten wenigstens eine Episode an Selbsterfahrung/Eigentherapie absolviert. Wie in Tabelle 2 jedoch zu sehen, ist der Schnitt weitaus höher: Von den insgesamt 100 untersuchten Psychotherapeuten wurden insgesamt 411

⁴ Einschränkung zu dieser Auswertung ist allerdings festzuhalten, dass der Rücklauf aus den Bundesländern über den Poststempel erfasst wurde, und dass durch die Aufgabe des Kuverts in einem anderen Bundesland hier durchaus Verzerrungen möglich sind; zusätzlich war bei 19% der Respondenten entweder kein Poststempel vorhanden oder die Postleitzahl nicht zu identifizieren.

Therapie- und Selbsterfahrungsepisoden absolviert, dies entspricht einem Mittelwert von vier, wobei, wie die Standardabweichung zeigt, eine sehr hohe Variabilität besteht. Diese Anzahl ist international betrachtet sehr hoch (Laireiter, 2000b). Noch viel deutlicher wird dieser Schluss, wenn man das Stundenvolumen betrachtet, das mit einem Mittelwert von über 600 (der Median liegt mit 560 Std. nicht viel tiefer) international erbrachte Mittelwerte um 200% bis 300% übertrifft (vgl. Laireiter, 2000b; Schmelzer, 1996). Die durchschnittliche Dauer einer Episode umfasst knapp 150 Stunden ($M=148,7$). Österreichs Psychotherapeuten scheinen ihr eigenes Angebot also in einem exorbitant hohen Ausmaß auch selbst in Anspruch zu nehmen. Interessant ist aber auch, dass es neben der Gruppe der „Hochanspruchnehmer“ auch 16 eingetragene Therapeuten

gibt, deren absolviertes Ausmaß an Selbsterfahrung unter 250 Stunden liegt, was nicht mehr den heutigen Kriterien für eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste entspricht (Gesetzesvorgaben: Propädeutikum + Fachspezifikum: mind. 250 Std.). Während der ersten Übergangsfrist war eine Eintragung mit derartigen Stundenausmaßen noch möglich.

Weiters macht die Tabelle deutlich, dass die Eigentherapie/Selbsterfahrung kein Phänomen der Ausbildung allein ist – wenngleich ein Großteil derselben während dieser absolviert worden ist (59,3%) und dabei knapp $\frac{2}{3}$ des Gesamtvolumens der absolvierten Stunden abdeckt und in einen Umfang pro Episode von knapp 200 Stunden resultiert ($M=191,6$ Std.). Dennoch gibt ein relativ großer Anteil der Befragten an, Selbsterfahrung und Eigentherapie bereits vor Beginn einer

Tabelle 2. Absolvierte Eigentherapien/Selbsterfahrungen ($N=100$)

Anzahl Episoden Gesamt	$N=411$; $M=4,1$; $Md=4,0$; $SD=2,1$; $Min=1$; $Max=11$
Episoden/Ausbildung ^a	$N=237$; $M=2,4$; $Md=2,0$; $SD=1,1$; $Min=1$; $Max=6$
Episoden/nicht Ausbildung ^b	$N=174$; $M=1,8$; $Md=1,0$; $SD=1,8$; $Min=0$; $Max=8$
Anzahl Therapeuten	$M=6,3$; $Md=5,0$; $SD=4,6$; $Min=1$; $Max=24$
Dauer/alle Therapien (Stunden)	$M=611$; $Md=560$; $SD=398$; $Min=90$; $Max=2180$
Dauer/Ausbildung (Stunden)	$M=454,2$; $Md=395,0$; $SD=325,5$; $Min=20$; $Max=1480$
Dauer/nicht Ausbildung (Stunden)	$M=153,0$; $Md=80,0$; $SD=232,8$; $Min=0$; $Max=1540$
Zeitpunkt/Absolvierung ^b	vor Ausbildung: $n=95$ (23,9%) während Ausbildung: $n=192$ (48,4%) nach Ausbildung: $n=66$ (16,6%) durchgehend: $n=9$ (2,3%) vor/während: $n=25$ (6,3%) während/nach: $n=10$ (2,5%)
Setting ^b	Einzel: $n=171$ (43,1%); Gruppe: $n=216$ (54,4%); Paar: $n=9$ (2,25%); Familie: $n=1$ (0,25%).
Orientierungen/Gesamt (% Episoden; $N=397$)	Integrative Gestalttherapie: $n=71$ (17,9%) Psychoanalyse: $n=59$ (14,9%) Klienten-/personenzentrierte Pth.: $n=55$ (13,9%) Systemische Familientherapie: $n=48$ (12,1%) Körperorientierte Therapien ^c : $n=29$ (7,3%) Katathym-Imaginative Therapie: $n=23$ (5,8%) Existenzanalyse: $n=19$ (4,8%) Psychodrama: $n=17$ (4,3%) Dynamische Gruppentherapie: $n=14$ (3,5%) Verhaltenstherapie: $n=9$ (2,3%) Analyse/C. G. Jung: $n=7$ (1,8%) NLP: $n=6$ (1,5%) Paartherapie: $n=5$ (1,3%) Transaktionsanalyse: $n=5$ (1,3%) Konzentrierte Bewegungstherapie: $n=5$ (1,3%) Individualpsychologie: $n=5$ (1,3%) Gestalttheoretische Pth.: $n=4$ (1,0%) Focusing: $n=3$ (0,76%) Hypnose: $n=3$ (0,76%) Sonstige ^d : $n=10$ (2,5%)

Anmerkungen: In der Meinung, dass acht Eigentherapie-Episoden vermutlich das absolute Maximum darstellen würden, wurden vom Autor im Fragebogen nur acht Zeilen zur Darstellung der absolvierten Eigentherapien vorgegeben. Einige Probanden gaben darüber hinaus nach dem vorgegebenen Schema jedoch bis zu 11 Therapieepisoden an. Da jedoch systematisch nur bis maximal acht erfasst wurden, werden die darüber hinausgehenden nur in der ersten Zählung berücksichtigt, alle übrigen Auswertungen beziehen sich auf die nachvollziehbaren 397 Gesamtepisoden der Stichprobe. ^a Anzahl Therapieepisoden während einer Ausbildung. ^b Die Prozentwerte dieser Auswertungen beziehen sich auf die Gesamtanzahl systematisch erfasster Therapien ($N=397$; s. dazu auch Gesamtanmerkung zur Tabelle). ^c Sammelbezeichnung für eine Reihe von Körpertherapien wie „Integrative Leibtherapie“, „Radix“, „Bioenergetik“, „Reich'sche Körpertherapie“, „biodynamische Therapie“, „posturale Reintegration“ etc. ^d Therapien, die nur einmal genannt wurden: Eklektische Therapie, EMDR, Janov'sche Primärtherapie, Autogenes Training, Tanztherapie, Musiktherapie, integrative Kinder- und Jugendtherapie, Balint-Arbeit, Daseinsanalyse, Kunst- und Gestaltungstherapie.

Ausbildung in Anspruch genommen (32,5% der Episoden vor einer Ausbildung begonnen, 73% davon (= 23,9% aller) auch noch vor Beginn derselben beendet) und dabei auch weniger Stunden absolviert zu haben (M pro Episode = 87,9 Std.). Das von Henry, Sims und Spray bereits 1971 beschriebene „Therapiekarrieren-Phänomen“ von Psychotherapeuten scheint also auch für österreichische Psychotherapeuten zu gelten: Nach Henry et al. beginnen die psychotherapeutischen Eigentherapiekarrieren mit ersten Erfahrungen während des Studiums oder teilweise auch schon vorher in Form von Studentenberatungen oder gruppenspezifischen Trainings- und Kommunikationsgruppen; es folgen Episoden selbst gewählter Selbsterfahrungen und Persönlichkeitsentfaltungen, einer oder mehrerer ausbildungsbezogener Eigentherapien und einer oder mehrerer Therapieepisoden nach Beendigung der Ausbildung. Die vorliegenden Ergebnisse sind weiters kompatibel mit den Befunden von Ringler (2000), die an einer Stichprobe von Propädeutikumsabsolventen fand, dass ein Teil der Untersuchten seine ersten Eigentherapieerfahrungen bereits vor diesem gemacht hatte und dabei auch den Berufswunsch, Psychotherapeut zu werden, entwickelte.

Charakteristisch und mit Ergebnissen internationaler Studien ebenfalls vergleichbar sind auch die weiteren Beobachtungen: Der überwiegende Teil der Selbsterfahrungs-/Therapieepisoden wird im Gruppen- und/oder Einzelsetting absolviert, Paar- und Familientherapien spielen kaum eine Rolle. Psychotherapeuten bevorzugen für sich selbst, auch wenn sie eine andere therapeutische Orientierung vertreten (vgl. die entsprechenden Zahlen in Tabelle 1), humanistisch-existentialistische (43,2%) und psychodynamische (25,1%) Therapie-Modelle (zusammen decken diese mehr als $\frac{2}{3}$ aller Therapieepisoden ab). Überraschend hoch liegen in der vorliegenden Studie aber auch die systemisch orientierten Eigentherapien im Einzel- wie im Gruppensetting, sowie die Körpertherapien, was sich in internationalen Studien in diesem Ausmaß nicht finden lässt (Laireiter,

2000b). Erst dann folgen die Dynamische Gruppenpsychotherapie und die Verhaltenstherapie mit jeweils ca. 3%, was bezogen auf die Verhaltenstherapie unter internationalen Ergebnissen liegt, die dort in einem Ausmaß von 8% bis 20% in Anspruch genommen wird (Laireiter, 2000b).

4.4 Subjektive Beurteilung der absolvierten Selbsterfahrung/Eigentherapie

Wie in den Befragungsstudien anderer Autoren (Überblicke bei Laireiter, 2000c; Schmelzer, 1996) geben auch die österreichischen Psychotherapeuten an, mit ihren Eigentherapien sowohl hinsichtlich der Prozess- wie auch der Ergebnisqualität und mit dem Therapeuten überwiegend zufrieden zu sein, und die Eigentherapie auch als sehr wichtig für die Erreichung ihrer Ausbildungsziele und die spätere berufliche (psychotherapeutische) Tätigkeit zu betrachten (s. Tabelle 3).

Diese Zufriedenheit, so muss man sagen, ist trotz verschiedener Probleme, die in Eigentherapien auftreten können (s.u.), erstaunlich hoch. So geben nur zwischen 1% (Zufriedenheit mit der Durchführung) und 4% (Zufriedenheit mit dem Therapeuten) der Befragten an, mit dem jeweiligen Bereich wenig zufrieden zu sein; „gar nicht zufrieden“ als Itemausprägung kam überhaupt nicht vor. Ähnliches gilt für die nächste Itemgruppe (persönlicher und beruflicher Profit: „wenig“ zwischen 3% und 5%; sehr wenig 1%). Die Eigentherapien führen, wie die Therapeuten selbst weiter angeben, zu außerordentlich nachhaltigen Effekten, die zum überwiegenden Teil bis heute, also über mehrere Jahre, anhalten. Hinsichtlich des beruflichen und persönlichen Profits gibt es keinen Unterschied, ob die Therapie während oder außerhalb der Ausbildung absolviert worden ist. Entsprechend besitzen Eigentherapien außerhalb der Ausbildung durchaus Effekte für den Erwerb beruflicher Kompetenz. Dies gilt, wie die Literatur zeigt, auch für negative und belastende Erfahrungen (Garfield und Bergin, 1971; Macaskill, 1999).

Tabelle 3. Beurteilung der Eigentherapien ($N = 100$)

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>
1. Alle Therapien				
Zufriedenheit/Durchführung	100	1,9	2,0	0,7
Zufriedenheit/Effekte/Ergebnisse	100	1,7	2,0	0,8
Zufriedenheit/Therapeuten	100	1,9	2,0	0,8
Dauer der Effekte ^a	99	5,9	6,0	0,6
Wichtigkeit für Erreichung/Ausbildungsziele	100	1,2	1,0	0,6
Wichtigkeit für therapeutische Tätigkeit	100	1,2	1,0	0,6
2. Therapien/Ausbildung				
Persönlicher Profit	100	1,8	2,0	0,9
Beruflicher Profit	100	1,7	2,0	0,8
3. Therapien außerhalb Ausbildung				
Persönlicher Profit	95	1,6	1,0	0,8
Beruflicher Profit	95	1,7	2,0	0,9

Anmerkungen: Alle Skalen außer Dauer/Effekte: 1: sehr, 2: ziemlich, 3: mittelmäßig, 4: wenig; 5: gar nicht. ^aDauer der Effekte: 1: überhaupt keine Effekte, 2: einige Tage, 3: ein paar Wochen, 4: ein paar Monate, 5: ein paar Jahre, 6: bis heute.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über einige wichtige Effekte auf die eigene Person und das professionelle Handeln, die Psychotherapeuten ihren Eigentherapien zuschreiben. Wie in anderen Studien auch (Laireiter, 2000c), zeigen sich auch hier Hinweise darauf, dass ihre Haupteffekte in der Generierung einer positiven Einstellung gegenüber der Bedeutung dieses Ausbildungselements liegen, gefolgt von einer Sensibilisierung für die eigene Person und interaktionelle und Beziehungsphänomene. Weiters werden persönliche Veränderungen und Reifungsschritte wahrgenommen sowie eine Zunahme an psychischer Stabilität. Im professionellen Bereich steht das Lernen therapeutischer Kompetenzen und die Entwicklung einer professionellen Wirksamkeit im Vordergrund. Letzteres ist insofern erstaunlich, als Studien mit objektiverer Methodik gerade diesbezüglich überhaupt keine Effekte nachweisen konnten (Beutler et al., 1994; Laireiter, 2000c; Macaskill, 1999; Schmelzer, 1996).

Aufgrund der sehr positiven Beurteilung verwundert es auch nicht, dass die Eigenherapie insgesamt den ersten Rangplatz in der Wichtigkeit für den Erwerb

psychotherapeutischer Kompetenzen einnimmt, (deutlich) vor der Supervision und der eigenen therapeutischen Arbeit (s. Tabelle 5).

Dieses Ergebnis ist insofern erstaunlich, als es von internationalen Befunden deutlich abweicht. In den meisten bisher bekannten Studien nimmt die Selbsterfahrung/Eigenherapie zusammen mit der Supervision den 2. oder 3. Rangplatz ein, an erster Stelle steht meist die eigene therapeutische Tätigkeit, bei Verhaltenstherapeuten spielt das Training therapeutischer Methoden noch eine wichtige Rolle (Dobernig, in Vorb.). Es darf vermutet werden, dass dieses Ergebnis deutliche Stichprobeneffekte beinhaltet und sehr stark die Bedeutung, die Selbsterfahrung/Eigenherapie für humanistisch und psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten besitzt, repräsentiert.

4.5 Negative/unerwünschte Inhalte und Erfahrungen in Eigentherapien

Ein sehr zentrales Thema im Zusammenhang mit unerwünschten Inhalten und Erfahrungen ist die Frage nach

Tabelle 4. Effekte der Eigentherapien/Selbsterfahrung in der Ausbildung (Auswahl)

Art des Effekts	N	M	Md	SD
<i>1. Persönliche Effekte</i>				
Erkennen Wichtigkeit Eigenherapie	99	5,0	6,0	1,6
Sensibilisierung für „blinde Flecke“	99	4,7	5,0	1,5
Emotionale/persönliche Reifung	99	4,6	5,0	1,6
Aufarbeitung von Lebenserfahrungen	99	4,4	5,0	1,7
Lösung wichtiger persönlicher Probleme	99	4,2	5,0	1,8
Zunahme psychische Stabilität	99	4,2	5,0	1,7
Steigerung Selbstsicherheit	98	4,0	4,0	1,4
Verbesserung Selbstwertgefühl	99	3,9	4,0	1,6
Zunahme innerer Ruhe	99	3,3	4,0	1,6
<i>2. Professionelle Effekte</i>				
Zunahme Selbstreflexion	99	4,4	5,0	1,5
Bessere Beziehungsgestaltung	99	4,4	5,0	1,3
Zunahme therapeutischer Kompetenz	99	4,4	5,0	1,4
Steigerung therapeutische Wirksamkeit	98	4,0	4,0	1,4
Selbstsicherer Umgang mit Patienten	99	4,0	4,0	1,5
Höhere Identifikation mit Methode	99	3,9	4,0	1,6
Zunahme Empathiefähigkeit	99	3,9	4,0	1,8

Anmerkung: Skala: 0: gar nicht; 1: ein wenig; 2: etwas; 3: mittel; 4: deutlich; 5: stark; 6: sehr stark.

Tabelle 5. Rangreihung der Wichtigkeit verschiedener Ausbildungselemente für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz

Ausbildungselement	N	Mod	M	Md	SD
1. Selbsterfahrung/Eigenherapie	99	1	1,9	1,0	1,6
2. Supervision	99	2	3,4	3,0	1,5
3. Eigene therapeutische Tätigkeit	99	3	3,4	3,0	1,6
4. Training therapeutischer Methoden	99	3	3,8	4,0	1,7
5. Arbeit in Ausbildungskleingruppe	99	5	4,2	4,0	1,9
6. Theorienseminare/Vorträge	99	6	6,0	6,0	1,6
7. Lektüre Fachliteratur	99	7	5,8	6,0	1,4

Anmerkung: Instruktion: Ordnen Sie bitte folgende sieben Ausbildungselemente hinsichtlich ihrer Wichtigkeit für die spätere psychotherapeutische Tätigkeit aus Ihrer Erfahrung in eine Rangreihe (1 bis 7).

Tabelle 6. Unerwünschte/negative Erfahrungen in Ausbildungstherapien

	N	
Unerwünschte Erfahrungen	100	Ja: 50%; Nein: 50%
Therapien gesamt	98 ^a 48 ^b	$n = 90; M = 0,9; Md = 0,0; SD = 1,2; Min = 0; Max = 5$ $n = 90; M = 1,9; Md = 1,0; SD = 1,1; Min = 0; Max = 5$
Ausbildungstherapien	98 ^a 48 ^b	$n = 60; M = 0,6; Md = 0,0; SD = 0,8; Min = 0; Max = 3$ $n = 60; M = 1,3; Md = 1,0; SD = 0,7; Min = 0; Max = 3$
Nicht Ausbildungstherapien	98 ^a 47 ^b	$n = 30; M = 0,3; Md = 0,0; SD = 0,8; Min = 0; Max = 4$ $n = 30; M = 0,6; Md = 0,0; SD = 1,1; Min = 0; Max = 4$
Zeitpunkt ^d	97	vor Ausbildung: $n = 19$ (21,3%) während Ausbildung: $n = 53$ (59,6%) nach Ausbildung: $n = 8$ (9,0%) vor/während: $n = 8$ (9,0%) während/nach: $n = 1$ (1,1%)
Settings ^d	97	Einzel: $n = 40$ (44,9%) Gruppe: $n = 47$ (52,8%) Paar: $n = 1$ (1,1%) Familie: $n = 1$ (1,1%)
Intensität Belastung (Episode 1) ^e		
Therapien gesamt	47	$M = 3,5; Md = 4,0; SD = 1,6; Min = 1; Max = 6$
Therapien/Ausbildung	38	$M = 3,5; Md = 3,5; SD = 1,5; Min = 1; Max = 6$
Therapien/nicht Ausbildung	6	$M = 2,3; Md = 1,0; SD = 2,2; Min = 1; Max = 6$

Anmerkungen: ^a Auswertung beruht auf allen Personen, die hierzu Angaben machten ($N = 98$). ^b Auswertung beruht auf jenen Probanden, die eine Therapie mit negativer Erfahrung angaben ($n = 48$ bzw. 47). ^c Als „Ausbildungstherapien“ gelten hier jene, die sich aufgrund der Angaben einer Ausbildung zuordnen lassen; es wurden auch Therapien genannt, die während einer Ausbildung absolviert wurden, jedoch nicht im Rahmen einer Ausbildung, deshalb stimmen die Werte zwischen dieser Zeile und der Zeile „Zeitpunkt“ nicht ganz überein (dort 62 „während“-Therapien). Die Zahlen sind aber insofern nicht ganz exakt, als nicht danach gefragt wurde, welche außerhalb einer Ausbildung absolvierte Eigentherapien (post hoc) für Ausbildungszwecke angerechnet wurden. ^d Die %-Werte dieser Auswertungen beziehen sich auf 89 Episoden (= 100%), bei einer Episode konnte weder Setting noch Zeitpunkt rekonstruiert werden. ^e Skala: 0: gar nicht; 1: ein wenig; 2: etwas; 3: mittel; 4: deutlich; 5: stark; 6: sehr stark.

dem Ausmaß und der Intensität derselben. Da dieses mehrschichtig betrachtet werden kann, wurden in der vorliegenden Studie auch mehrere Ebenen der Beurteilung dieser Frage realisiert: In einem ersten Schritt wurden die Therapeuten direkt danach gefragt, ob sie im Rahmen der von ihnen absolvierten Eigentherapien/Selbsterfahrungen unerwünschte, belastende, negative Inhalte und Erfahrungen gemacht hätten, zum zweiten wurden sie darum gebeten, anzugeben, in welchen Therapien derartiges vorkam, und zum dritten sollten sie bei diesen Therapien die Intensität bzw. das Ausmaß erlebter Belastetheit beurteilen. In einem weiteren Schritt sollten sie dann anhand einer vorgegebenen Liste einschätzen, in welchem Ausmaß bestimmte (negative Struktur- und Prozess-) Erfahrungen in einer ihrer Eigentherapien *während der Ausbildung*⁵ vorgekommen sind und anhand einer vergleichbaren Skala, wie belastend/intensiv diese Erfahrungen für sie waren. Im Folgenden wird primär auf die ersten drei Aspekte

eingegangen, der letzte wird in einer anderen Arbeit ausführlicher erörtert (Laireiter, under Review).

Auf die offen gestellte Frage, ob im Rahmen ihrer Eigentherapien während der Ausbildung Belastungen mit der Therapiedurchführung und den Rahmenbedingungen derselben aufgetreten seien, antworteten 50% der Befragten mit ja (s. Tabelle 6). Dieser Wert reduziert sich allerdings, wenn man nach den spezifischen Therapien, in denen diese Probleme aufgetreten sein sollen, bzw. nach dem Ausmaß der Belastung fragt. Insofern ist dieser Wert als äußerer Rahmen anzusehen, in dem belastende Erfahrungen in Eigentherapien vorkommen können. Darin enthalten sind vermutlich auch intensivere aber durchaus noch als „normal“ zu wertende Therapiebelastungen.

In Bezug auf die belastenden Therapien nannten die 50 Befragten (2 missings) insgesamt 90 Therapien, was so viel bedeutet, dass jeder der Befragten im Schnitt fast zwei Therapien absolviert hat, in denen deutliche Therapiebelastungen auftraten, die sich in ihrem subjektiven Erleben als unerwünscht, negativ oder nicht akzeptabel darstellten. Von diesen 90 Therapien konnten 60 (= 66,7%) dem Ausbildungssetting zugeordnet werden (s. Anmerkungen zu Tabelle 6). Nimmt man auch jene Therapien hinzu, die nach Angaben während einer Ausbildung absolviert worden sind, vermutlich aber

⁵ Die Eingrenzung auf ausbildungsbezogene Selbsterfahrungen und Eigentherapien erfolgte hier vor allem aus Gründen der Fragestellung sowie aus ökonomischen Gründen, da eine zweimalige Bearbeitung der Skalen, einmal für ausbildungsbezogene und einmal für nicht-ausbildungsbezogene Selbsterfahrungen, für die Probanden zu aufwendig erschien.

Tabelle 7. Ausmaß subjektiver Belastetheit durch unerwünschter Erfahrungen in den Eigentherapien innerhalb und außerhalb des Ausbildungssettings (Auswertung der jeweils erst genannten Therapieperiode)

	N	ein wenig (1)	etwas (2)	mittel (3)	deutlich (4)	stark (5)	sehr stark (6)	> 4 ^a
Therapien gesamt (%)	100 ^b 47 ^c	8,0 17,0	6,0 12,8	9,0 19,1	12,0 25,5	5,0 10,6	7,0 14,9	24,0 51,0
Ausbildungs- therapien (%)	100 ^b 38 ^c	5,0 13,2	5,0 13,2	9,0 23,7	10,0 26,3	5,0 13,2	4,0 10,5	19,0 50,0
Nicht Ausbildungs- therapien (%)	100 ^b 6 ^c	4,0 66,7	0,0 0,0	0,0 0,0	1,0 16,7	0,0 0,0	1,0 16,7	2,0 33,4

Anmerkungen: ^a Prozentuale Häufigkeit der Probanden, die die Items mit >4 (deutlich – sehr stark) beantworteten. ^b Prozentwerte bezogen auf Gesamtstichprobe. ^c Prozentwerte bezogen auf die Personen, die eine Therapieperiode als belastend bezeichneten.

keine Lehr- oder Ausbildungstherapien im engeren Sinn waren ($n = 62$), dann erhöht sich der Anteil sogar auf 69%. Damit überwiegt hier das Ausbildungssetting bei weitem, was auch für negative Therapieergebnisse gilt (s. Tabelle 8).

Dieser Effekt bleibt auch bestehen, wenn man die Gesamtzahl absolvierter Therapien betrachtet; denn hier tritt eine noch deutlichere Differenz zwischen Ausbildungs- und Nichtausbildungstherapien im Anteil ihrer Belastetheit hervor. Für die Gesamttherapien (Basis: 411 Therapien) liegt der relative Anteil an belastenden Therapien bei 21,9%, bei den Ausbildungstherapien bei 25,3% (Gesamt = 237; davon 60 belastend⁶) und bei den nicht-Ausbildungstherapien bei 17,2% (Gesamt = 174 Therapien; davon 30 belastend). Insgesamt ist daraus zu schließen, dass das Risiko, eine unerwünscht belastende Therapie zu absolvieren, unterschiedlich verteilt ist, je nachdem ob man sie innerhalb oder außerhalb des Ausbildungssettings absolviert. Dieses Ergebnis stimmt übrigens ebenfalls überein mit dem, was in internationalen Studien beobachtet werden konnte; gleichzeitig liegen auch die mittleren Werte an unerwünscht belastenden Therapien in dem Rahmen, der in anderen Studien auch gefunden werden konnte (Laireiter, 2000c). Auch wenn dieser Wert („noch,“) im Rahmen dessen liegt, was aus Psychotherapien im Allgemeinen (Lambert und Bergin, 1994) berichtet wird, so ist er dennoch als problematisch hoch zu werten, da Psychotherapeuten ihre Eigentherapien zu Ausbildungszwecken absolvieren und damit persönliche und fachliche Kompetenzen erwerben sollen, was bei belastenden Therapien eingeschränkt ist (Garfield und Bergin, 1971; Macaskill, 1999).

Betrachtet man die weiteren Angaben aus Tabelle 6, so zeigt sich, dass die Häufigkeit einer belastenden Therapie im Gruppensetting geringfügig höher ist als im Einzelsetting, was aber mit der größeren Häufigkeit

an Gruppentherapien insgesamt zusammenhängt. Berücksichtigt man diesen Faktor (s. Tabelle 2), dann liegen Gruppentherapien mit 21,8% belastender Erfahrung leicht hinter den Einzeltherapien (23,4%). Die beiden anderen Settings sollten aufgrund ihrer geringen Frequenz nicht interpretiert werden.

Dass es sich bei den von den Probanden angeführten Therapiebelastungen offensichtlich aber nicht um „normale Alltagsbelastungen“ handelt, zeigen die letzten drei Zeilen in Tabelle 6: Hier ist die mittlere Intensität der erlebten Belastung aus der jeweils ersten genannten Therapie dargestellt (eine Aufsummierung war aufgrund der Reduktion des auswertbaren N's nicht sinnvoll). Diese ist über alle Therapien betrachtet mit einem Median von 3,5 zwar noch in einem mittleren Bereich (3: „mittel“; 4: „deutlich“), ist aber dennoch als relativ hoch zu bezeichnen. Bei den ausbildungsbezogenen Therapien ist die mittlere Intensität noch etwas höher ($Md = 4$; „deutlich“), reduziert sich aber für die Therapien außerhalb des Ausbildungssettings statistisch signifikant um zwei Skalenpunkte, was den Eindruck, dass das Problem intensiver Therapiebelastungen offensichtlich primär im Ausbildungssetting auftritt, verstärkt. Dieser Schluss wird weiters untermauert, wenn man die Einzelausprägungen der Intensitätsbeurteilungen der erlebten Belastungen (s. Tabelle 7) als weitere Information hinzuzieht. Insgesamt gaben 50,1% derjenigen, die eine belastende Therapieperiode absolviert haben, an, die Belastung als deutlich bis sehr stark erlebt zu haben, bei den Ausbildungstherapien liegt dieser Wert in gleicher Höhe, bei den nicht Ausbildungstherapien um 16% darunter (33,4%). Die kleine Teilstichprobe dieser Personen verbietet aber eine statistische Auswertung dieser Differenz. Sie liegt insgesamt aber im Trend und legt den Schluss nahe, dass Ausbildungstherapien offensichtlich mit insgesamt mehr und intensiveren Belastungen verbunden sind.

Betrachtet man diese Tabelle in jeweils der ersten Zeile, dann kann man daraus Schätzungen im Hinblick auf das Ausmaß deutlich belastender Eigentherapien für die Gesamtstichprobe ableiten. Wie ersichtlich liegen die entsprechenden Werte in dem oben berichteten Ausmaß für die Gesamttherapien und die Ausbildungs-

⁶ Das Risiko erhöht sich etwas (auf 26,2%), wenn man dieser Berechnung auch noch jene Therapien als „Ausbildungstherapien“ hinzufügt, die während einer Ausbildung aber auch davor oder danach absolviert wurden (also entweder durchgehend oder vor/während oder während/nach einer Ausbildung).

therapien und in einem sehr niedrigen Bereich für nicht Ausbildungstherapien. Damit wird deutlich, dass ca. ein Viertel bis ein Fünftel der Eigentherapien von Psychotherapeuten, insbesondere im Ausbildungsbereich, mit intensiveren strukturellen und prozessualen Problemen belastet ist; nicht ausbildungsbezogene Therapien sind davon hingegen kaum betroffen.

Welcher Art diese Belastungen inhaltlich sind, darauf wird in einer anderen Arbeit detaillierter eingegangen. (Laireiter, under Review): Summarisch können folgende Ergebnisse festgehalten werden:

1. Die Auftretenshäufigkeit von strukturellen und prozessualen Belastungen ist nur für relativ wenige spezifische Erfahrungen in einem höheren Bereich gegeben, insgesamt liegt sie relativ niedrig; als mittlere Auftretensstufe wurde sowohl für die vorgegebenen Struktur- wie auch Prozessprobleme die „1“ gewählt, wie auch als Stufe der mittleren Intensitätsbeurteilung (= Ausmaß subjektiver Belastetheit durch die Probleme). Dies bedeutet, dass sowohl Struktur- wie auch Prozessprobleme insgesamt nur „ein wenig“ vorkommen und dass die Intensität dadurch verursachter Belastungen ebenfalls nur „ein wenig gegeben“ ist.

2. Trotz vergleichbarer mittlerer Auftretens- und Intensitätsausmaße im Struktur- und Prozessbereich von Eigentherapien werden Belastungen und Probleme aus den strukturellen Rahmenbedingungen von Ausbildungstherapien deutlich häufiger als unerwünscht und belastend wahrgenommen als Probleme in der Durchführung einer Therapie.

3. Die häufigsten und belastungsintensivsten *Strukturprobleme* sind die hohen Therapiekosten, die Mehrfachrollen, die Lehrtherapeuten in der Ausbildung häufig einnehmen, und die Tatsache, dass Eigen- und Lehrtherapien häufig auch zur Beurteilung der Eignung von Ausbildungsteilnehmern herangezogen werden, sowie die daraus resultierende Abhängigkeit bzw. der Anpassungsdruck. Diese werden von ca. 25% der Befragten als gravierend im Auftreten und der subjektiven Belastetheit geschildert (Zusammenfassung der Kategorien „deutlich“, „stark“ und „sehr stark“; s.o.).

4. Die belastendsten *Prozesserfahrungen* sind der „Zweifel am eigenen therapeutischen Können aus dem Vergleich mit dem Lehrtherapeuten“, „belastende Therapieinhalte“, „fehlende Therapieziele“ und „unklare Therapievereinbarungen“, „intensivere Beziehungsprobleme zwischen Therapeut und Klient“ und das „Gefühl, sich nicht verstanden zu fühlen“. Die Auftretenshäufigkeit dieser Belastungen liegt über die genannten Items hinweg bei 16%.

Zusammenfassend ergeben sich aus den Befunden folgende Schlussfolgerungen: Unerwünschte und intensivere Belastungen scheinen in Eigentherapien von Psychotherapeuten in einem Ausmaß von ca. 20% bis 25% aufzutreten, wovon Ausbildungstherapien offensichtlich deutlich stärker betroffen sind als nicht ausbildungsbezogene Eigentherapien. Dies gilt auch für das Ausmaß der durch die entsprechenden Probleme erlebten Belastungen. Eine detailliertere inhaltliche Analyse lässt vermuten, dass diese Belastungen primär auf unerwünschte und problematische strukturelle Rahmenbedingungen im Ausbildungssetting zurückzuführen

sind und weniger auf Probleme in der Therapiedurchführung. Fielen diese (problematischen Rahmenbedingungen) weg, würde sich das Ausmaß an intensiveren Belastungen auf das Niveau von nicht ausbildungsbezogenen Therapien reduzieren.

4.5 Negative/unerwünschte Effekte/Ergebnisse von Eigentherapien

Ähnlich wichtig, wenn nicht noch wichtiger für die Qualität von Eigen- und Ausbildungstherapien sind mögliche negative Ergebnisse und Misserfolge derselben. Das methodische Vorgehen im Fragebogen ist hier dem im vorangegangenen Abschnitt skizzierten vergleichbar. Aus inhaltlichen Gründen wurde jedoch auf eine Erfassung der Intensität der negativen Effekte verzichtet. Was die Interpretation der Ergebnisse betrifft, so ist insofern Vorsicht geboten, als verschiedene Probanden bei den freien Antwortvorgaben offensichtlich nicht zwischen belastenden Erfahrungen und negativen Therapieergebnissen differenzierten, sodass die Angaben zum Ausmaß, den betroffenen Therapien und der Intensität negativer Effekte mit einem Fragezeichen zu versehen sind. Da sich aber der Großteil der Angaben eindeutig auf negative Outcomes bezieht, können die Ergebnisse jedoch interpretiert werden.

Wie Tabelle 8 zeigt, gaben von den 100 Befragten 98 eine entsprechende Antwort, von diesen behauptete $\frac{1}{3}$, dass ihre Therapien unerwünschte/negative Ergebnisse erbracht hätten. Diese verteilen sich auf insgesamt 62 Therapien, wovon 51 dem Ausbildungssetting zuzuordnen ist. Damit ist der Ausbildungsbereich im Vergleich zu Therapien außerhalb desselben hier sogar noch stärker vertreten als bei den belastenden Therapieerfahrungen (82,3% der Therapien mit negativem Outcome entstammt dem Ausbildungssetting⁷). Jede/r Betroffene hat damit insgesamt fast zwei (1,9) Therapien mit einem oder mehreren negativen/unerwünschten Ergebnissen absolviert. Dieser Wert geht, wie ein Blick in die Tabelle zeigt, primär auf die ausbildungsbezogenen Therapien zurück, denn die Vergleichswerte für Therapien außerhalb desselben haben einen bei weitem niedrigeren Wert ($M = 0,4$).

Für das Gesamt aller Therapien ist das Risiko, aus einer Eigentherapie einen oder mehrere negative Ef-

⁷ Diese Interpretation ist mit Vorsicht zu betrachten, da im Fragebogen nicht explizit danach gefragt wurde, ob die Therapie/Selbsterfahrung im Rahmen einer Ausbildung durchgeführt wurde; es wurde danach gefragt, in welcher zeitlichen Relation die entsprechende Therapie zu einer Ausbildung absolviert wurde (vor, während, nach). Da es zumindest früher sehr häufig vorkam, dass bereits absolvierte Eigentherapien oder Teile daraus für die Ausbildung anerkannt wurden bzw. laufende in eine sogenannte „Lehrtherapie“ überführt wurden, können auch Therapien, die vor oder vor und während einer Ausbildung einer solchen zugerechnet werden; andererseits können neben einer Ausbildung jedoch außerhalb derselben ebenfalls Therapien und Selbsterfahrungen absolviert werden, die dann fälschlich dem Ausbildungssetting zugeordnet werden. Künftige Arbeiten sollten sich hier um größere Präzision bemühen.

Tabelle 8. Unerwünschte/negative Ergebnisse in Ausbildungstherapien

	N	
Negative Effekte	98	Ja: 33 (33,7%); Nein: 65 (66,3%)
Therapien gesamt	97 ^a 32 ^b	$n = 62; M = 0,6; Md = 0,0; SD = 1,1; Min = 0; Max = 4$ $n = 62; M = 1,9; Md = 2,0; SD = 1,0; Min = 1; Max = 4$
Ausbildungstherapien	97 ^a 32 ^b	$n = 51; M = 0,5; Md = 0,0; SD = 0,9; Min = 0; Max = 4$ $n = 51; M = 1,6; Md = 1,5; SD = 1,0; Min = 0; Max = 4$
Nicht Ausbildungstherapien	97 ^a 32 ^b	$n = 11; M = 0,1; Md = 0,0; SD = 0,4; Min = 0; Max = 3$ $n = 11; M = 0,4; Md = 0,0; SD = 0,7; Min = 0; Max = 3$
Zeitpunkt ^c	97	vor Ausbildung: $n = 7$ (11,3%) während Ausbildung: $n = 42$ (67,7%) nach Ausbildung: $n = 5$ (8,1%) durchgehend: $n = 3$ (4,8%) vor/während: $n = 6$, (9,7%) während/nach: $n = 0$, 0,0%
Setting ^c	97	Einzel: $n = 30$ (48,4%) Gruppe: $n = 33$ (53,2%)
Intensität negative Effekte (Episode 1)		
Therapien gesamt ^d	18	$M = 3,5; Md = 4,0; SD = 1,8; Min = 0; Max = 6$
Therapien/Ausbildung	25	$M = 3,4; Md = 4,0; SD = 1,5; Min = 0; Max = 6$
Therapien/nicht Ausbildung	6	$M = 3,5; Md = 4,0; SD = 2,8; Min = 0; Max = 6$

Anmerkungen: ^a Auswertung beruht auf allen Personen, die hierzu Angaben machten ($N = 98$). ^b Auswertung beruht auf jenen Probanden, die eine Therapie mit negativem Effekt angaben ($n = 32$). ^c Die %-Werte dieser Auswertungen beziehen sich auf die 62 Episoden mit negativen Effekten. ^d Skala: 0: gar nicht; 1: ein wenig; 2: etwas; 3: mittel; 4: deutlich; 5: stark; 6: sehr stark.

fekte zu beziehen, zwar etwas geringer als für unerwünscht belastende Erfahrungen/Inhalte (s.o.), liegt aber dennoch bei 15,1% bezogen auf alle Therapien ($N = 411$) und sogar bei 21,5% für Ausbildungs- oder Lehrtherapien, was höher ist als internationale Studien berichten (Laireiter, 2000c). Ganz eklatant wird der Unterschied, wenn man diesen Wert mit den nicht-ausbildungsbezogenen Therapien vergleicht (11 Therapien negative Effekte = 6,3% von 174 nicht Ausbildungstherapien im Gesamten). Es wird deutlich, dass intensivere belastende Erfahrungen und negativ-unerwünschte Effekte und Ergebnisse von Eigentherapien von Psychotherapien offensichtlich primär ein Phänomen ausbildungsbezogener Eigentherapien sind, auch wenn dieser Schluss aufgrund der genannten Erhebungsprobleme der vorliegenden Studie etwas mit Vorsicht zu betrachten ist.

Überträgt man dieses Ergebnis auf die Einzelpersonenebene, so resultiert daraus eine extrem hohe Wahrscheinlichkeit für einen Psychotherapeuten, eine Eigentherapie mit einem negativen Ergebnis zu absolvieren ($p/\text{Therapien gesamt} = .64$), insbesondere im Ausbildungsbereich, wo ein 50%iges Risiko zu erwarten ist ($p = .53$), weniger außerhalb desselben ($p = .11$).

Wie bei der vorangegangenen Auswertung (unerwünschte Erfahrungen) ist auch hier die Häufigkeit eines negativen Therapieergebnisses absolut und relativ gesehen im Gruppensetting geringfügig höher als im Einzelsetting. Die Inbezugsetzung mit der Anzahl absolvierter Therapien in beiden Settings erbringt aber auch hier wiederum ein höheres Risiko für Einzelthe-

rapien (17,5%) im Vergleich zu Gruppentherapien (15,3%), ein Unterschied, der statistisch allerdings nicht signifikant ist.

Die Intensität der negativen Effekte der ersten von den Befragten angegebenen Therapieepisode mit negativen Ergebnissen liegt hier mit einem Median von 4 ebenfalls in einem mit den belastenden Therapien vergleichbaren Ausmaß und ist als relativ hoch zu werten. Interessant ist, dass sich hier kein Unterschied im Ausmaß an negativen Effekten zwischen ausbildungs- und nicht ausbildungsbezogenen Therapien zeigt.

Analysiert man auch hier die Einzelausprägungen (s. Tabelle 9), so zeigt sich, ähnlich wie bei den unerwünschten Therapieerfahrungen, dass über 50% der Therapien (51,7%) ein deutliches bis sehr starkes Ausmaß an negativen Effekten zu verzeichnen hat, was als sehr hoch erscheint. Kein Unterschied ergibt sich hier zwischen den ausbildungs- und nicht ausbildungsbezogenen Therapien, was aber, wie die Tabelle zeigt, auf Extremwerte einer sehr kleinen Gruppe von Ausbildungsabsolventen ($n = 3$) zurückzuführen ist. Die Generalisierbarkeit dieser Ergebnisse ist damit fraglich.

Bildet man auch hier, wie bei den Therapiebelastungen, Stichprobenindikatoren, dann zeigt sich allerdings der dort beobachtete Trend intensiverer Effekte bei Ausbildungstherapien wiederum sehr deutlich, wenn nicht noch deutlicher. Denn die entsprechenden Werte liegen für die Gesamttherapien und die Ausbildungstherapien in dem oben erwähnten Bereich, sehr viel niedrig hingegen sind sie bei nicht Ausbildungstherapien. Demnach ist ca. ein Sechstel der Eigentherapien

Tabelle 9. Intensität negativer Effekte in Eigentherapien innerhalb und außerhalb des Ausbildungssettings (Auswertung der jeweils erst genannten Therapieepisode)

	N	gar nicht (0) ^a	ein wenig (1)	etwas (2)	mittel (3)	deutlich (4)	stark (5)	sehr stark (6)	> 4 ^b
Therapien gesamt (%)	100 ^c 31 ^d	2,0 6,5	3,0 9,7	4,0 12,9	6,0 19,4	6,0 19,4	6,0 19,4	4,0 12,9	16,0 51,7
Ausbildungsbezogene Therapien (%)	100 ^c 25 ^d	1,0 4,0	2,0 8,0	3,0 12,0	6,0 24,0	6,0 24,0	6,0 24,0	1,0 4,0	13,0 52,0
Nicht ausbildungs- bezogene Therapien (%)	100 ^c 6 ^d	1,0 16,7	1,0 16,7	1,0 16,7	0,0 0,0	0,0 0,0	0,0 0,0	3,0 50,0	3,0 50,0

Anmerkungen: ^a Bei sechs als belastend angegebenen Therapien wurde die Intensität der Belastung mit „0“ bezeichnet. ^b Prozentuale Häufigkeit der Probanden, die die Items mit >4 (deutlich – sehr stark) beantworteten. ^c Prozentwerte bezogen auf Gesamtstichprobe. ^d Prozentwerte bezogen auf die Personen, die die Therapieepisode als negativ in ihren Effekten bezeichneten.

von Psychotherapeuten, insbesondere im Ausbildungsbereich, mit intensiveren negativen Effekten belastet; nicht ausbildungsbezogene Therapien hingegen sind davon kaum betroffen.

Die bereits erwähnte detaillierte inhaltliche Auswertung der Skalen unerwünschter Effekte erbrachte folgende Ergebnisse (s. dazu ausführlicher Laireiter, under Review): Es sind vor allem drei Effekte, die in einem intensiveren Ausmaß auftreten: intensive längeranhaltende emotionale Belastungen, Krisen und Beziehungsabbrüche mit wichtigen Bezugspersonen und Zweifel am eigenen therapeutischen Können. Bei diesen liegt das mittlere Ausmaß deutlicher Effekte bei 13% (Zusammenfassung der Kategorien „deutlich“, „stark“ und „sehr stark“; s.o.), bei allen übrigen möglichen Bereichen (z. B. Verschlimmerung eigener Probleme, Auftreten neuer Probleme, reduzierte Arbeitsfähigkeit etc.) liegt es bei 2% bis 4%. Interessant ist, dass trotz dieses geringen Ausmaßes an spezifischen negativen Therapieergebnissen doch immerhin 10 von den 32 betroffenen Therapeuten (= 31,5%) ihre Therapie abbrechen – eine Person hatte sogar zwei Therapieabbrüche zu verzeichnen – und 12 eine neue begonnen (= 37,5%), 10 davon eine und zwei zwei. 18 der Betroffenen (= 56,3%) gaben weiters an, unter den negativen Effekten einige Jahre gelitten zu haben, für den Rest der Stichprobe wirkten die negativen Effekte hingegen nur einige Monate.

Zusammengefasst führen die Ergebnisse zu dem Schluss, dass negative Therapieergebnisse zwar insgesamt in einem etwas geringeren Ausmaß auftreten als unerwünschte Therapiebelastungen, dies dürfte aber nicht für ausbildungsbezogene Therapien gelten, denn hier scheint das Risiko ähnlich hoch zu sein. Dass diese Effekte nicht als simpel und alltäglich zu bezeichnen sind, belegen die Befunde, wonach jeweils 1/3 der Betroffenen ihre Therapien abbrechen bzw. eine neue aufnahmen und mehr als die Hälfte über ein jahrelanges Anhalten dieser Effekte klagte. Interessant ist auch, dass auf der Ebene spezifischer negativer Ergebnisse nur relativ wenige in einem mittleren Ausmaß genannt werden. Worauf dies zurückzuführen ist, darüber ist noch zu diskutieren.

5. Diskussion und weiterführende Überlegungen

Die referierten Beobachtungen zeigen ein typisches Bild für Selbstberichte von Psychotherapeuten über ihre Eigentherapien, mit dem Unterschied, dass die Ergebnisse in der vorliegenden Studie in jeder Hinsicht intensiver sind: Österreichische Psychotherapeuten scheinen demnach im internationalen Vergleich eine größere Anzahl an Eigentherapien während und außerhalb ihrer Ausbildungen mit einer höheren Anzahl an Therapeuten und einem deutlich höheren Stundenumfang zu absolvieren. Die Beurteilung der Therapien ist außerordentlich positiv, positiver als in anderen Studien, obwohl zum Teil erhebliche Belastungen und unerwünschte Ergebnisse, vor allem in Ausbildungstherapien, zu verzeichnen sind. Das Ausmaß negativer Erfahrungen und Ergebnisse ist im Vergleich zur internationalen Literatur ebenfalls sehr hoch (vgl. dazu Laireiter, 2000c). Insgesamt scheint ein Viertel bis ein Fünftel der Eigentherapien/Selbsterfahrungen von z.T. erheblichen Belastungen, sowohl hinsichtlich ihrer Struktur wie auch ihrer Durchführung überschattet zu sein, ca. ein Sechstel der Ergebnisse ist aus der Sicht ihrer Absolventen nicht zufriedenstellend, was wiederum vor allem für Ausbildungstherapien gilt.

Für die Interpretation der Befunde ist es wichtig zu sehen, dass ein Großteil der Befunde auf die Eigentherapien und Selbsterfahrungen innerhalb der Ausbildung zurückzuführen ist. Dies erhebt die Frage, ob das hier beobachtete Phänomen nicht primär ein Problem ausbildungsbezogener Eigentherapien, wobei hier insbesondere die erwähnten Strukturprobleme (hohe Therapiekosten, Rollenunklarheiten und Mehrfachbeziehungen, permanente Bewertungssituation, Abhängigkeiten) und in einem etwas geringeren Ausmaß die damit in engem Zusammenhang stehenden Prozessprobleme (Beziehungs- und Vertrauensprobleme Selbstwertzweifel, belastende Therapieinhalte etc.) zu Buche schlagen dürften. Insgesamt gesehen ergibt sich damit für die Eigentherapie als Ausbildungsbestandteil und als Institution, die in Österreich noch dazu gesetzlich zementiert ist, ein nicht sehr positives Zeugnis. Dass dies nicht nur ein Problem der hier untersuchten Therapie-

ten zu sein scheint, belegen vielfältige Berichte aus der Literatur, in denen ähnliche Probleme erörtert werden (Laireiter, in Druck; Köpp und Váth-Szusdziara, 1996).

Auch wenn in dieser Arbeit erst einige wenige Ergebnisse der Studie präsentiert worden sind, so sieht der Autor in der hohen Anzahl z.T. erheblich belastender Therapien und vergleichsweise häufig auftretender negativer Therapieeffekte, vor allem im Bereich von Ausbildungstherapien, doch einen Beleg für die dringende Notwendigkeit, sich in Hinblick mit der Qualität von Eigentherapien im Rahmen der Psychotherapieausbildung intensiver zu beschäftigen, vor allem auch unter dem Aspekt, dass negative Eigentherapien zu negativen Ausbildungsergebnissen und in der Folge zu suboptimal funktionierenden Therapeuten führen können (Garfield und Bergin, 1971; Grunebaum, 1986; Macaskill, 1999; Shapiro, 1976). Es ist wirklich sehr zu hinterfragen, ob sich eine Profession, für die die Person des Therapeuten als Arbeitsinstrument eine derartig hohe Bedeutung besitzt wie für die Psychotherapie, therapeutische Misserfolge und suboptimale Ausbildungen und persönliche Entwicklungen in einem Ausmaß von 15% bis 25% leisten kann und darf.

Inhaltlich ist noch zu diskutieren, warum die Ergebnisse doch zum Teil recht deutliche Unterschiede in den berichteten Häufigkeiten bei den freien Antworten im Vergleich zu den standardisierten Items aufweisen. Dafür sind mehrere Erklärungen möglich: Einerseits könnte es sein, dass durch die Skalen wichtige und relevante Belastungen und negative Ergebnisse nicht erfasst wurden. Diesbezüglich wäre zu fordern, dass weiterführende, vor allem qualitative Studien diese Frage intensiver untersuchen und dabei auch noch nicht bekannte Belastungen eruieren sollten. Zum zweiten könnten die freien Antworten auch als eine Art Globalindikator für die Qualität der Therapien insgesamt aufgefasst werden, wohingegen sich die Einzelitems stärker auf die spezifischen Inhalte beziehen und daher auch spezifischer beurteilt werden. Unter diesem Aspekt betrachtet würden die „globalen Beurteilungen“ den hier gewonnenen Eindruck verstärken und dafür sprechen, dass ein relativer großer Anteil der Befragten ihre Therapien als insgesamt relativ stark belastend und auch als nicht sehr erfolgreich bewerten. Als dritte Interpretation bietet sich an, dass sich die freien Antworten auf einen breiteren Bereich negativer Erfahrungen und unerwünschter Ergebnisse bezieht, der auch „normale“ Therapiebelastungen und weniger negative Nebeneffekte miteinschließt. Welche der drei Interpretationen die zutreffendere ist, müsste in zukünftigen Arbeiten detaillierter untersucht werden.

Was die Interpretation der Ergebnisse betrifft, ist es sicherlich notwendig, die Datenbasis zu erweitern und vor allem noch solche Psychotherapeuten einzubeziehen, die gegenwärtig unterrepräsentiert sind (Systemiker, Verhaltenstherapeuten), um auf diese Weise ein evtl. realistischeres und repräsentativeres Bild der Situation zu erhalten. Weiterhin sollten auch Psychotherapeuten untersucht werden, die ihre Ausbildung nach Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes absolviert haben, um auf diese Weise überprüfen zu können, ob die mit dem Inkrafttreten des Gesetzes verbundene Neu-

strukturierung der Ausbildung, auch in vielen Fällen der Eigentherapie und Selbsterfahrung, zu einer erkennbaren Verbesserung der Ausbildungsqualität, insbesondere im Hinblick auf positive und negative Effekte von Ausbildungen und Selbsterfahrungen/Eigentherapien geführt hat.

Literatur

- Beutler L, Machado PPP, Allstetter Neufeld S (1994) Therapist variables. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th edn. Wiley, New York, pp 229–269
- Botermans J-F (1996) The training of psychotherapists: impact on confidence and mastery, self-efficacy, and emotional reactivity. Unveröffentl Dissertation, Katholische Universität Löwen, Belgien
- Dobernig E (in Vorb) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. Befunde zweier Evaluationsstudien zum Ausmaß und den Effekten von Selbsterfahrung/Eigentherapie von VerhaltenstherapeutenInnen. Unveröffentl Dissertation, Salzburg
- Frank R (1998) Qualitätssicherung durch Psychotherapie-Supervision. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. dgvt, Tübingen, S 647–682
- Frank R (1999) Verhaltenstherapeutische Weiterbildung in Deutschland: Bilanz und Ausblick. Verhaltenstherapie 9: 44–51
- Garfield SL, Bergin AE (1971) Personal therapy, outcome and some therapist variables. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 8: 251–253
- Grunebaum H (1986) Harmful psychotherapy experience. Am J Psychother 60: 165–176
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Henry WE, Sims JH, Spray SL (1971) The fifth profession: becoming a psychotherapist. Jossey Bass, San Francisco
- Holloway EL, Allstetter Neufeld S (1995) Supervision: its contribution to treatment efficacy. J Consult Clin Psychol 63: 207–213
- Köpp W, Váth-Szusdziara R (1996) Anmerkungen zur Bedeutung der Lehranalyse für die praktische psychotherapeutische Arbeit. Psychother Psychosom Med Psychol 46: 43–46
- Kuhr A (1998) Einige Überlegungen zu den empirischen Grundlagen für Qualitätsstandards in der Psychotherapie-Ausbildung. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. dgvt, Tübingen, S 595–620
- Laireiter A-R (1994) Ansätze einer konzeptuellen und funktionalen Präzisierung des Begriffes Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In: Laireiter A-R, Elke G (Hrsg) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. Konzepte und praktische Erfahrungen. dgvt, Tübingen, S 244–282
- Laireiter A-R (Hrsg) (2000a) Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – empirische Befunde. dgvt, Tübingen
- Laireiter A-R (2000b) Selbsterfahrung in der Psychotherapie: 1. Inanspruchnahme von Psychotherapie durch PsychotherapeutenInnen – ein Literaturüberblick. In: Laireiter A-R (Hrsg) Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – empirische Befunde. dgvt, Tübingen, S 45–87
- Laireiter A-R (2000c) Selbsterfahrung in der Psychotherapie: 2. Evaluation – Effekte von Eigentherapie und Selbsterfahrung auf die Person des Therapeuten, seine praktische Kompetenz und die Prozeß- und Ergebnisqualität von Psychotherapie. In: Laireiter A-R (Hrsg) Selbsterfahrung in Psycho-

- therapie und Verhaltenstherapie – empirische Befunde. dgvt, Tübingen, S 89–233
- Laireiter A-R (in Druck) Negative Effekte von Selbsterfahrung und Eigentherapie von Therapeuten in der Psychotherapie. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg) Therapieschäden. Junfermann, Paderborn
- Lambert MJ, Bergin AE (1994) The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th edn. Wiley, New York, pp 143–189
- Lange A (1994) Nicht-schulenspezifische Faktoren und die Pflicht zur Lehrtherapie: eine kritische Auseinandersetzung. Psychologische Rundschau 45: 148–156
- Macaskill A (1999) Personal therapy as a training requirement: the lack of supporting evidence. In: Feltham C (ed) Controversies in psychotherapy and counselling. Sage, London, pp 142–154
- Macran S, Shapiro D (1998) The role of personal therapy for therapists: a review. Br J Med Psychol 71: 13–25
- Matarazzo RG, Garner AM (1992) Research on training for psychotherapy. In: Freedman DK (ed) History of psychotherapy. A century of change. American Psychological Association, Washington, pp 850–877
- Mertens W (1994) Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe. Quintessenz, Berlin
- ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1999) Psychotherapeuten, Klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen, Entwicklungsstatistik 1997–1998. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. ÖBIG, Wien
- Ringler M (2000) Selbsterfahrung im Psychotherapeutischen Propädeutikum. Ein Zwischenbericht. In: Laireiter A-R (Hrsg) Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – empirische Befunde. dgvt, Tübingen, S 235–249
- Schmelzer D (1996) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie – Grunderfordernis, Luxus oder notwendiges Übel? In: Bruch M, Hoffmann N (Hrsg) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie? Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 125–195
- Shapiro D (1976) The analyst's own analysis. J Am Psychoanal Assoc 24: 5–42
- Sinason V (1999) In defence of therapy for training. In: Feltham C (ed) Controversies in psychotherapy and counselling. Sage, London, pp 155–163
- Stumm G (1996) Einleitung. In: Stumm G, Brandl-Nebhay A, Fehlinger F (Hrsg) Handbuch für Psychotherapie und psychosoziale Einrichtungen. Falter, Wien, S 13–29
- Watkins CE, Watts RE (1995) Psychotherapy survey research studies: some consistent findings and integrative conclusions. Psychotherapy in Private Practice 13: 49–68

Korrespondenz: Ass.-Prof. Dr. phil. Anton-Rupert Laireiter, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Gesundheitspsychologie, Universität Salzburg, Hellbrunnerstraße 34, A-5020 Salzburg, Österreich, Fax: 0043-662-8044-5126, E-mail: anton.laireiter@sbg.ac.at

Dr. Anton-Rupert Laireiter, Ass.-Prof. für Psychologie, Institut für Psychologie, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Salzburg. Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Arbeits- und Interessenschwerpunkte: Psychotherapie, Supervision, Psychotherapieforschung (Kokumentation, Qualitätssicherung, Ausbildungsforschung insbesondere Selbsterfahrung und Eigentherapie, Gerontopsychotherapie), Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung.